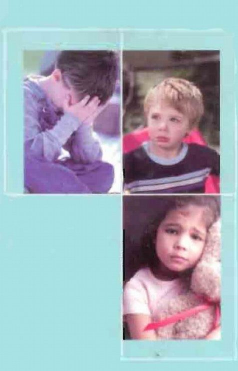
مشكلات
طفل الروضة

وأساليب معالجتها



الأستاذة الدكتورة
كريمـــان محمد بديـر

أستـــاذ علم النفس الطفل
ورئيــس قســم تربيــة الطفل
كلية البنات - جامعة عين شمس



الفهرس

الفصل الثالث

المشكلات الصحية والحركية

الفصل الرابع

المشكلات الانفعالية

الفصل الخامس

قياس مشكلات عدم القدرة على التكيف الاجتماعي

الفصل السادس

مشكلات الاستعداد للتعليم والتعلم بالروضة



الفصل السابع

طرق علاج المشكلات السلوكية

بسم الله الرحمن الرحيم

المقدمة

لا شك أن كل الآباء يتمنون أن يكون أطفالهم بلا مشاكل يتمتعون بعلاقات ودودة مع الآخرين، يريدونهم مدركين للسلوك المناسب وأن يكونون متمكنين من التصرف بوعي في الظروف والمواقف الخاصة، إنهم يريدون أطفالاً يفتخرون بهم، والأطفال كذلك سوف يفتخرون بأنفسهم لما يمتلكونه من قدرة على الإصرار والمرونة والإبداع.

كل ذلك يحتاج منا كمربين إلي مراجعة أساليبنا مع أطفالنا لأن التصرفات السلبية وغير المقبولة التي يصدرها أطفالنا هي انعكاس لسلوكنا معهم وما يعايشونه من معاناة يشعرون بها دون أن ندري نحن.

إن التصرفات العدوانية والتخاذلية التي يصدرها أطفالنا نتجت بلا شك عن الطرق التي نعامل بها أطفالنا سواء في الأسرة أو الروضة أو المدرسة والآن ونحن نعيش في عصر يتميز بالتغير والتبدل في كل لحظة، وتؤثر هذه التغيرات على سرعة إيقاعنا، وفي متابعة وتربية أطفالنا نجد أنه لا يكفي أن نعلم أطفالنا فقط الحب والاهتمام وكيفية التمييز عند النظر للأشياء، وإنما نحتاج للتأمل والتدقيق والمراجعة لتصرفاتنا معهم... نحتاج إلي إستراتيجيات تعامل جديدة تقلل من فرص تعرضهم للمشكلات منذ طفولتهم الباكرة حيث تؤثر تلك الاستراتيجيات على بناء العقول وتنمية مراكز الأعصاب المخية وإفراز الهرمونات المسئولة عن حالة أطفالنا الفكرية والمزاجية الانفعالية وكذلك تكيفهم النفسي في المجتمع كأسس لأفراد منتجين في المستقبل.

وهذا الكتاب يقودنا إلي فهم طبيعة طفل الروضة النمائية وحاجاته المعرفية

والأكاديمية وكيفية التعرف على مظاهر المشكلات وتشخيصها ووصف المعايير التي نحكم من خلالها على السلوك المضطرب.

ويعرض الكتاب طرق علاجية مهمة إستناداً إلي أسس سيكولوجية تربوية مناسبة لتخفيف وعلاج مشكلات طفل الروضة، كفنيات العلاج بالدراما والسيكودراما والعلاج باللعب والموسيقي والفن والعلاج الواقعي والعلاج المعرفي والعلاج بالترويح وأخيراً العلاج التربوي.

وأرجو أن يفيد هذا الجهد المهتمين بتربية الطفل في الروضة، والقائمين على أمر رعاية الطفل وبناءه النفسي والاجتماعي،،،

المؤلفة

الفصل الأول

مشكلات طفل الروضة وسيكولوجية الاضطراب

- مقدمة

1- تفسير تكوين السلوك غير المقبول

2- نظرية المدرسة السلوكية

3- نظرية المدرسة المعرفية

4- نظرية العاملين

5- نظرية الحكم الخلقي

6- نظرية التحليل النفسي

أ- نظرية فرويد

ب- نظرية ستاك سوليفان

7- نظرية الجشتالت

8- معايير الحكم على سلوك الطفل

الفصل الأول

مشكلات طفل الروضة وسيكولوجية الاضطراب

مقدمة :-

يمر الفرد في حياته بمراحل نمائية مختلفة هي مرحلة الطفولة المبكرة والطفولة الوسطي والطفولة المتأخرة ومرحلة الرشد ثم مرحلة الشيخوخة. ولكل مرحلة نمائية متطلباتها وحاجتها.

وتعتبر مرحلة الطفولة المبكرة من أهم مراحل حياة الفرد والتي يؤثر فيها عملية إشباع الحاجات، وفي هذه المرحلة يحتاج الطفل إلي التدريب على التكيف مع الوسط الاجتماعي الذي يتواجد فيه بالإضافة إلي حاجاته المعرفية والوجدانية الأخرى.

كما يحتاج الطفل إلي أن يعامل باحترام ككائن متكامل في جميع جوانب النمو (الانفعالية والاجتماعية والمعرفية والحسية والشخصية) يحتاج إلي أن يدرب على القيام بأدوار معنية جماعة الأسرة أو الرفاق وهذه الأدوار تساعده على أن يكون عضواً مسئولاً فيها.

والأفراد الذين يشبون على تحمل المسئولية هم أفراداً عايشوا خبرات أسرية ملؤها الحب والعطاء والرعاية والحنان وفهم الذات والآخرين.

لذلك فهم يطورون سلوكيات الالتزام نحو الذات والآخرين في إطار معرفة الحقوق والواجبات في بيئة تشجعه على أن يكون مطمئناً عند القيام بالتصرفات المقبولة كما يشعر باللوم عند القيام بالسلوك غير المقبول.

والطفل في مرحلة الطفولة المبكرة في عمر من ثلاث إلي ست سنوات يحتاج

إلي وضع معايير محددة لكي يستطيع أن يعبر من خلالها عن رغباتـه باسـتقلالية كمـا تجعل إبداء الرغبة في أداء ما يطلب منه ممكناً.

والطفـل يتعلـم القواعـد السـلوكية والاجتماعيـة في إطـار التمثـل للنمـاذج والقدوة.

وتعتبر أنماط الإثابة ونماذج التعلم ومدي التعـرض لهـا مفيـدة في هـذا الشـأن وتتيح فرصاً عديدة لإظهار السلوك المقبول وتقلل الحدود الـتي تفرضـها البيئـة مـن فرصة ظهور السلوك غير المقبول.

وتعتبر الأسرة من أهم المؤسسات الاجتماعية التي تقدم للمجتمـع أفـراداً أسـوياء فعـالين ومنتجـين فعـالاً منتجاً لأنـها إذا وفـرت المنـاخ الإيجـابي الـذي يسـوده التقبـل والاهتمام والحب فلا شك أن أبناءها سوف يتمتعون بالسلوك الإيجابي المقبول البناء.

بينما الطفل الذي يعيش حياة الصراع والتناقض والعنف ينعكس ذلـك علـى سلوكه بالتمرد والعصيان ويزداد لديه ضعف الثقة بالنفس وانعدام الحيلـة والشـعور بالغضب على الأسرة والمجتمع ويظهر لديه العديد من المشكلات السلوكية الأخرى.

وتتعدد المشكلات السلوكية وفقاً لتعدد جوانب النمو النفسـي للطفـل، وكمـا نعلم أن جوانب النمو المختلفة الجسمية والعقليـة المعرفيـة والانفعاليـة تتكـامل معـاً ويؤثر كل جانب في الآخر، بحيث أنه إذا حدث خلل أو اضطراب في الأداء الوظيفي لأي جانب من الجوانب فإنه يتسبب عن ذلك حـدوث مشـكلة في بعـض الجوانـب الأخرى ولكن الخبراء وعلمـاء النفـس والصحـة النفسـية يقسـمونها إلي مشـكلات نفسيه جسمية ومعرفية أو اجتماعيـة وانفعاليـة لتسـهيل التشـخيص وتيسـير وضـع البرامج العلاجية المناسبة لكل مشكلة وهذه المشكلات هي:-

1- المشكلات العقلية المعرفية:

وتتمثل في الشرود والسرحان ونقص التركيز ونقص الانتباه وضعـف الإدراك وهذه المشكلات تؤدي إلي صعوبات في التعلم وسنتحدث عنها بالتفصيل في الفصـل الذي يتناول مشكلات عدم الاستعداد للتعلم.

2- المشكلات المتعلقة بالنمو الاجتماعي :-

تتميز بسلوك عدم التعاون أو عدم المشاركة والخجل وعدم التعاطف مع الآخرين. وسيتم تناولها بالتفصيل في مشكلات عدم الكفاءة الاجتماعية.

3- المشكلات المرتبطة بالنمو الانفعالي :-

يظهر فيها الطفل سلوكيات الخوف والغضب والذي يظهر في البداية في صورة صراخ وزمجرة ثم يتحول إلي سلوك انتقامي أو عدواني لأن الطفل لا يتحمل إعاقة رغباته أو الصبر والتأني حتى يتم إشباع الحاجات فهو في حاجة إلي التدريب على إرجاء اللذات العاجلة والتعبير عن الحاجة بطرق مقبولة من المجتمع.

4- المشكلات الجسمية والحركية :

تظهر هذه المشكلات في الخلل الواضح في الحركات الجسمية فيبدو الطفل مضطرب الحركة وقد يكون هذا الاضطراب متمثلاً في الإفراط في الحركة بدون داع أو العجز عن الحركة أو اختلاج الحركات أو توتر العضلات وارتخاؤها.

وهذه المشكلات تؤثر في تقدير الذات والنمو الشخصي والاجتماعي.

1- تفسير تكوين السلوك غير المقبول :-

على الرغم من تأيد المتخصص على أهمية اعتبار أن كل طفل يعاني من مشكلة يمثل طرازاً فريداً بذاته، له صفاته الخاصة، وتاريخ حياته الخاص، إلا أنه من الضروري أيضاً الاهتمام بالصفات المشكلة التي يشارك فيها الطفل غيره من الأطفال.

وقد قدمت محاولات عديدة للوصول إلي تصنيفات أو مجموعات موحدة وذات مغزى للسلوك المشكل.

يصف إيزنك إحدى الطرق المتبعة في مثل هذه المحاولات بقوله " لنفترض أننا أخذنا مجموعة عشوائية كبيرة من الأطفال المحالين إلي عيادات الإرشاد النفسي الخاصة بالأطفال وسجلنا وجود أو غياب عدد كبير من الصفات السلوكية لكل طفل، تتراوح بين الفظاظة والاكتئاب، وبين الانعزال والعدوان وبين التمرد

والحساسية وبين الكسل أو الخمول والتمركز حول الذات، وبين السرقة وسرعة التهيج، فإننا نستطيع باستخدام الطرق الإحصائية الخاصة بالتحليل الترابطي، بيان مدى نزعة هذه الصفات إلي الترابط عند طفل بذاته، فمن الممكن، في مثل هذه الحالة، وجود معامل ارتباط مرتفع بين صفتي التخريب والنظافة، أو بين صفتي الانعزال والذهول وسرعة الاستثارة، ولدى جمع عدد كبير من معاملات الارتباط هذه، نستطيع باستخدام طرق التحليل العاملي، إيجاد نوع من النظام في هذا الإطار.

فتبدو سلوكياته غير مقبولة في التعبير عن الإحباط أو للحصول على ما يريد.

وسوف نحاول عرض بعض هذه المشكلات الأكثر شيوعاً لدى طفل الروضة أو الطفل في الطفولة المبكرة بتعريف المشكلات وأسبابها وتشخيصها وطرق علاجها وقبل أن نبدأ في عرض بعض أنواع هذه المشكلات ونتناول في هذا الفصل كيفية تكوين السلوك المشكل (المضطرب) ونستند إلي النظريات النفسية في تفسير وتحليل السلوك المضطرب وغير المقبول ثم ينتهي الفصل برصد المعايير التي على أساسها يمكن تشخيص وتحديد السلوك المشكل أو غير المقبول.

2- تفسير تكوين السلوك من وجهة نظر المدرسة السلوكية :-

تشير المدرسة السلوكية إلي أن الغالبية العظمي من سلوك الطفل مكتسب عن طريق التعلم، وهذا ينطبق على السلوك اللاسوى انطباقه على السلوك السوي. ويحاول علماء النفس اكتشاف قوانين التعلم بشكل خاص، وقوانين السلوك بشكل عام لتوضيح الكيفية التي يصبح فيها طفل ما، طفلاً مشكلاً فالقوانين تعتبر محاولة للبحث عن النظام في العالم، وتفسير للعلاقة القائمة بين حادثتين أو أكثر.

وتعتمد القوانين النفسية غالباً، في تفسير العلاقة بين الحوادث على الارتباط بين المثيرات والاستجابات، وتسمي بقوانين المثير - الاستجابة (S.R)، فمثلاً إذا وجد مثير ما فإننا نتوقع استجابة ما. بشكل أكثر اختصاراً، أن المثير (S) يؤدي إلي الاستجابة (R).

فالسلوك محدد بقوانين، وإلا ستعم الفوضى في المجتمع، فعندما نقطع الشارع،

يمكننا الاعتماد على أن معظم سائقي السيارات سوف يستجيبوا بالوقوف لدى رؤية الضوء الأحمر " المثير "، وإلا تسود الفوضى والاضطراب. كما أننا نتوقع من معظم الآباء والأمهات الاهتمام بتوفير حاجات الطفل " الاستجابة " لدى صراخه أو بكائه " المثير " وإلا فلن يقوى الأطفال على البقاء.

وتؤكد المدرسة السلوكية على الافتراض الأساسي الذي تقوم عليه عملية تحليل السلوك، من خلال قوانين المثير والاستجابة، هو الافتراض القائل بأن أنجح طريقة لفهم نشاطات الطفل، وكيفية حدوثها، هو تحليلها إلي المكونات الأربعة التالية:

- الإثارة المسبقة.
- المتغيرات العضوية " وتتضمن دوافع الفرد وحالاته النفسية البيولوجية "
- الاستجابات
- النتائج المعززة.

وأن الوصف التام لأية نتيجة سلوكية، تستلزم تحديداً لكل من هذه العناصر وتفاعلها مع بعضها ويمكن أن تكتب صيغة أي نمط سلوكي خاص على الشكل التالي:-

مثير - متغيرات - تغيرات عضوية - استجابة - تعزيز

وعلينا لكي نفهم عملية نمو ضبط المثير للسلوك، أن نبدأ بملاحظة بطفل حديث الولادة، فالعديد من الظواهر الموجودة في بيئة هذا الطفل حيادية في أصلها، من حيث التأثير عليه، أي أنها لا تمارس تأثيراً على سلوكه. ويكتسب هذا الطفل سلوكه أثناء نموه، فيتعلم الزحف والمشي والكلام والجلوس إلي المائدة والتعاون والقراءة وكذلك السلوكيات السلبية الأخرى.

كما قامت مجموعة من الباحثين الأمريكيين بسلسلة من الدراسات اتبعوا فيها المنهج السابق فبينت التحليلات الإحصائية المتبعة المشكلات التي يعاني منها عدد من الأطفال المختلفين من حيث السن والتي تمثلت في وجود بعدين منفصلين إلي حد بعيد للسلوك المشكل هما :

البعد الأول: إشتمل على مشكلات السلوك تلك المشكلات التي تميل للظهور معاً والتي تتضمن الأنماط السلوكية السلبية مثل التخريب وسرعة الاستثارة ونوبات الغضب، وفرط النشاط، وعدم احترام الآخرين، وانتهاك حرمة المقدسات والغيرة وعدم التعاون. واستنتج الباحثون أن هذه الأنماط السلوكية، عبارة عن تحدي صريح للسلطة وسوء سلوك واضح يتضمن العدوان والضبط المحدود للذات.

أما البعد الثاني: فيشتمل على " مشكلات الشخصية " تلك المشكلات التي تتضمن أنماط السلوك التالية: الشعور بالنقص وعدم الثقة بالذات والانسحاب الاجتماعي، والنزعة للتهيج، والوعي الذاتي، والخجل، والقلق، واللامبالاة، وعدم القردة على المرح، والإكتئاب، والتحفظ، وفرط الحساسية، والخمول، والانعزال، وإنشغال البال. ويرى الباحثون أن الأصل الانفعالي لهذا البعد يعود إلي الشعور بعدم الأمن أو الطمأنينة. كما يقترحون أن كلي الصفتين من المشكلات، هي بمعني ما تعبيرات عن الشخصية وتؤثر في السلوك إلا أن معناها الأساسي واضح بما يكفي ففي حالة " مشكلات السلوك " تعبر الدوافع عن ذاتها وتتحقق، ويعاني المجتمع من جراء ذلك، بينما في حالة " مشكلات الشخصية " تكبت الدوافع وتكف، بشكل واضح، والطفل هو مسرح المعاناة.

وأكدت بحوث ودراسات أخرى متعددة، صحة وجود هذين البعدين من السلوك المشكل على الرغم من اختلاف الأطفال الذين تناولتهم هذه الدراسات، من حيث العمر والجنس والمشكلات موضع البحث. وكذلك الاختلاف من حيث الطرق والإجراءات الإحصائية المستخدمة.

والفروق بين مجموعتي الأطفال غير المتكيفين والممثلين لهذين البعدين من السلوك المشكل، فروق ذات أهمية أساسية، إذ لا يختلف أفراد هاتين المجموعتين من حيث مجموعة الأعراض " زملة الأعراض " فقط بل يختلفون أيضاً من حيث استجاباتهم للعلاج وطول فترته واحتمال نجاحه " المآل " كما يختلفون أيضاً من حيث تأثيرات الخلفية المنزلية والعوامل السببية الأخرى التي تؤثر في ذواتهم.

وهناك دلائل تشير إلي أن الطفل الإنطوائي - العصابي ينزع إلي إظهار " مشكلات الشخصية " وهو يتصف بالاكتئاب والانعزال وشرود الانتباه، وسرعة التهيج، وأحلام اليقظة، كما يتصف بتقلب المزاج، ومشاعر النقص، والصراع النفسي. أما الطفل الانبساطي العصابي فهو ينزع لإظهار " مشكلات السلوك " ويتصف بالتمركز حول الذات والفظاظة، والعنف، والتمرد، والتخريب، والغضب، والمقاتلة، والسرقة، وإهمال الواجبات.

إن الغالبية العظمي من الاستجابات البشرية، هي استجابات تم اكتسابها عن طريق التعلم، فالإنسان في المقام الأول، مخلوق يعيش على العادات، وليس هذا بالأمر المستغرب، إذا ما وضعنا في اعتبارنا أن أدمغتنا وأجهزتنا هي أكثر تعقيداً ودقة من أجهزة الكائنات الحية الأخرى، حيث يسود السلوك الغريزي، ويأخذ أكثر أشكاله تركيباً وصلابة. والشئ المهم من وجهة نظرنا هو أن الدماغ والجهاز العصبي لا يحددان كيف تعلم بل يحددان أيضاً كيف نتعلم دروس الحياة بسرعة وكفاءة.

3- النظرية المعرفية وتفسير السلوك :

أنصار المدرسة المعرفية ويرون أن فهم الطفل لبيئته يتغير كيفاً وكماً كلما ازداد نموه وبتعبير آخر، إن إدراك الطفل للأشياء، لا يعتمد على الأثر التراكمي لخبراته فقط، بل يعتمد أيضاً على التغيرات الأساسية التي تتناول طبيعة تفكيره والتي تحدث بين الطفولة المبكرة والمراهقة ويقدم بياجيه من خلال أعماله المتميزة درساً جديراً بالاهتمام، فيبين لنا أن الطفل خلال مراحل نموه المختلفة يتبع أساليباً معينة في تفكيره، وهو محدود بهذه الأساليب بحيث لا يستطيع دائماً رؤية وجهة نظر الأخر، أو الإدراك بين العلاقات التي تبدو بسيطة بالنسبة لنا هي معقدة بالنسبة له، أو استيعاب التجريدات الأخلاقية، كالصح والخطأ، والأنانية والإيثارية فتفسيرات الطفل للعالم وللأشياء التي تحدث في بيئته تتغير على نحو مثير، عبر سنواته المبكرة.

ويمكن أن يكون للحدث البيئي ذاته معاني مختلفة تمام الاختلاف بالنسبة للأطفال المختلفين من حيث السن، وذلك بسبب اختلاف المراحل التي تمر بها

عمليات تكوين المفاهيم وتنظيم الأفكار الخاصة بالعالم، عند هؤلاء الأطفال. فقد يكون الطفل قادراً على القيام بفعل ما، إلا أنه غير قادر على تحليل الخطوات التي شكلت هذا الفعل، فمثلاً، قد يتعلم طفل في الخامسة من عمره الذهاب إلي المدرسة، لكنه لا يمتلك تصوراً عقلياً لسلسلة الأفعال التي قام بها، بحيث لا يستطيع أن يتتبع على قطعة من الورق، الطريق المؤدية إلي مدرسته، بينما من المعتاد أن يفعل ذلك طفل في السابعة من عمره لأن لديه تصوراً عقلياً كلياً لهذا الطريق.

4- نظرية العاملين وتفسير السلوك :

يعتبر التآلف الأساسي لصفات الشخصية والتي تسمي بالانبساط أو الإنطواء أو العصابية " الانفعالية أو غير المتزنة "، أحد العوامل المتعددة التي تجعل الطفل عرضه لظهور نوع معين من المشكلات دون آخر، وقام إيزيك، مع آخرين بدراسة علمية منهجية للسمات المختلفة التي تشكل هذه الأنماط للشخصية. ويصف الفرد الذي تتسم شخصيته بالنمط الانبساطي بأنه اجتماعي محب للآخرين ودور يحب الحفلات الاجتماعية والتحدث إلي الناس، ولا يحب القراءة أو الدراسة بمفرده، مولع بالإثارة، يغتنم الفرص، يتصف بالاندفاع والإلحاح والبداهه، ويتصرف عفو الخاطر، كثير الضحك ومبتهج، عدواني، كثيراً الحركة، سريع الإجابة ويحب التغير، ويفقد ضبط النفس بسهولة.

ويقدم إيزنك صورة عن النمط الأنطوائي تختلف تمام الاختلاف عن الصورة السابقة، إذ يتصف الانطوائي بالخجل والاستبطان والهدوء، ويبتعد عن مخالطة الناس وينجذب نحو الكتب أكثر من انجذابه نحوهم، كما يتصف بالحذر وعدم الاندفاع، يتجنب الإثارة، ويتناول مشكلات الحياة اليومية ببعض الجدية، ويفضل أسلوباً حياتياً منظماً بشكل جيد، لا يتصف بالعدوانية أو العصبية، يميل إلي التشاؤم، ويمكن الوثوق به، ويؤكد كثيراً على القيم الأخلاقية (فرج أحمد فرج وآخرين،. 1985).

ومن الطبيعي أن هذه الصفات تشكل بروفيلاً(*) محضاً للشخصية إذ ليس من الضروري أن تلائم الناس الذين ينزعون نحو الانبساط أو الانطواء إلا من حيث بعض الاعتبارات فقط. والمسألة مسألة درجة فقط، كما استخدم إيزنك " البعد الشخصي " ليبين إمكانية نسب أحد الأفراد إلي موقف ما، بناء على الدرجات التي يحصل عليها لدى تطبيق بعض اختبارات الشخصية عليه، كالمقياس المدرج الخاص بقياس بعد الانبساط - الانطواء.

والبعد أو المقياس المدرج عبارة عن خط متصل يمتد بين نهايتين قصويتين، بحيث تمثل إحدى هاتين النهايتين، النمط الانبساطي، وتمثل الأخرى، النمط الانطوائي، والنقطة التي يحددها الفرد على هذا الخط " البعد " تمثل توازن الصفات الانبساطية والانطوائية التي تنطوي عليها شخصيته، وفي هذه الحالة، يمكن تقدير الأنماط المحضة على نهايتي الخط، بينما تقدر الأنماط المختلطة على طول الخط نفسه " البعد ".

ومن المعتقد أن أبعاد الشخصية ناجمة عن أسباب وراثية وبيئية، إذ توجد اختلافات في بعض العمليات العصبية المعينة في المخ، تحدد بعض النماذج والسمات السلوكية المميزة للأنطوائي والانبساطي كما يملك بعض الأفراد، بسبب بنيتهم الوراثية، أجهزة عصبية مركزية أكثر حساسية من أجهزة الآخرين، وقد أكدت الدراسات التجريبية، والدراسات التي تناولت التوائم الأخوية والحقيقية مثل هذه الحقيقة.

وعلى الرغم من القول بأن الفرد يولد منبسطاً أو منطوياً، فإن للخبرات الأسرية والبيئية الأخرى تأثيرها في تحديد ذلك. فالخبرات الاجتماعية السارة تشجع الطفل على إعادتها، بينما تعزز الخبرات الاجتماعية ذات التأثير السئ عليه المواقف السلبية تجاه هذه الخبرات الاجتماعية ذات التأثير السئ عليه المواقف السلبية تجاه هذه الخبرات والآخرين من الناس. وبما أن الأطفال عرضه للتأثر السريع، خصوصاً خلال السنوات الأولي من عمرهم، فمن الممكن أن يتأثروا بشكل يصبحون فيه

(*) البروفيل هو صورة تقيمية شاملة للفرد ناتجة عن تقديرات كمية في الجوانب المتعددة للشخصية (المعرفية - الاجتماعية - الوجدانية) وتم تحويلها إلي صيغة رسوم بيانية.

اجتماعيين أو غير اجتماعيين أو حتى معادين للمجتمع، الأمر الذي يتم بسهولة أكبر خلال السنوات المبكرة من الطفولة لذا تعتبر الخبرات الاجتماعية الأولي في الأسرة والمدرسة هامة في مسألة تحديد النماذج الإنطوائية أو الانبساطية للسلوك في سن البلوغ.

والآن ماذا عن البعد الثالث المعروف بالعصبية ؟ غالباً ما يتصف الطفل الذي ترتفع درجة هذا البعد لديه، بالعصبية والخوف والانفعال وشدة التوتر، فانفعالاته تبدو متحولة وسريعة الزوال. ولقد بينت البحوث التجريبية، أن الشخص الانفعالي يعاني تنوعاً في السمات المترابطة، فلدية نزعة نحو القلق والاضطراب وعدم الشعور بالسعادة والتمركز حول الذات وسرعة الإستثارة، بحيث تفصله هذه السمات عن طبيعة الشخص المتصف بالهدوء. ويجب علينا أن نتذكر دائماً، أن المسألة برمتها مسألة درجة فقط وليس هناك تمييز مطلق بين هذه الأنماط.

فالشخص الهادئ ينزع نحو المثابرة والاستقرار والابتهاج والأمل والرضي والاطمئنان والطفل الذي يبدى انفعالاً وقلقاً شديدين عرضه للانهيار العصبي فعدم القابلية للتكيف الجيد تنطوي على عدم القدرة على تحمل الإجهاد سواء كان الإجهاد جسيماً كما في الحالات المؤلمة أو نفسياً كما في حالات الصراع والإحباط وهناك من الدلائل ما يشير إلي أن صفات كالزيادة في رد الفعل أو التوتر المرتفع ناجمة جزئياً عن عوامل وراثية (مارتين هربرت، 1985).

5- نظرية الحكم الخلقي :

يبين بياجيه في دراسة له تحت عنوان الحكم الأخلاقي عند الطفل أن التنمية السيكولوجية الأخلاقية للطفل تمر بمرحلتين أساسيتين وأن التربية الأخلاقية التقليدية السلطوية تبقي عليه في الطور الأول ويأتي التميز بين طور الطاعة لإرادة المربي الذي يمارس سلطته عليه سواء كان الأب أو المدرس وبين طور لاحق تظهر ملامحه اعتباراً من العام السابع ويتميز بقدرة الطفل ومن ثم المراهق على امتلاك قدرة صنع أحكامه القيمية والأخلاقية وكذلك على التحرر من الخضوع المطلق

للسلطة الأبوية ويقابل بياجيه سمات الطور الأول وهي الطاعة المطلقة للسلطة الأبوية والتركيز على الخوف من العقاب بسمات الطور الثاني وتقضي بالخضوع للقوانين والأنظمة القيمية التي تجد أساساً عقلانياً ومنطقياً لدى من يتبعها وتركز على فكرتي المساواة والإنصاف في معاملة الأب للأولاد والحاكم للمحكوم.

انطلاقاً من هذه المسلمات السيكولوجية طور بياجية فكره التربوي حتى استطاع أن يضع أساساً لتربية أخلاقية تكرس استقلالية الفرد الذاتية. ومن بين الأساليب التي دعا إليها نذكر مبدأ الاعتماد على الاتجاه النشط للمتعلم سلوك المتعلم الإيجابي attitude active في تعلمه، لأنه قادر على استنباط مفاهيم الحرية والعدالة والمساواة من نشاطه العقلي، وإنطلاقاً من تجربة التعاون التي تنشأ بين المجموعات الصغيرة ولا تنفع دروس الأخلاق الموجهة والتي تلقيها المعلمة (الطرف الإيجابي) ويتلقاها الطفل (كطرف سلبي)، في تمليكه للمبادئ الأخلاقية الأساسية. باختصار تتمثل التربية الأخلاقية في تربية وظيفتها دفع الإنسان إلي طاعة ذات القيم وإلي الامتثال للقانون ووضعه مرتبة فوق صاحب السلطة، بل إلي عصيان صاحب السلطة إذا ما تجاوز تلك النظم العادلة.

ويعتبر تصنيف بياجيه منطلقاً للدراسات السيكولوجية التي لحقته وأبرزها دراسة عالم النفس الأمريكي كولبيرج الذي أوجد ستة أطوار للتنمية الأخلاقية للفرد أخرها طور الامتثال للمبادئ الأخلاقية التي على أساسها يتم تبرير ممارسة سلوك العصيان للأنظمة الوضعية الظالمة ويستند تصنيف كولبيرج إلي ملاحظة التطور في السلوك في المراحل الست التالية :-

1- في الطور الأول يشكل الخضوع للسلطة والخوف من العقاب الحافز الأساسي للسلوك الأخلاقي للفرد ويتناسب هذا الطور مع الطور الأول الذي يذكره بياجيه.

2- ثم ينتقل الفرد إلي طور ثان يسمي طور الفردية النفعية وخلاله يخضع الحكم الأخلاقي للفرد لحساب المصالح في علاقته بصاحب السلطة، حيث يتخذ القرار على ضوء موازنة الثواب والعقاب المنتظر منه.

وفي كلا هذين الطورين لا يخضع الفرد للقوانين والأنظمة ذات القيم وإنما للأشخاص أي لأصحاب السلطة حيث إن احترام القوانين لا يظهر إلا كوسيلة لاستمالة هؤلاء لكسب الثواب واستبعاد العقاب إننا بصدد أخلاقيات لا تدرك معني القوانين والنظم.

3- بانتقاله إلي الطور الثالث يتقيد الفرد المعني بالأنماط الاجتماعية القائمة، ولا سيما بمجموعة الأعراف والتقاليد التي تحدد وتوزع الأدوار الاجتماعية إذن يتقيد الفرد بالصورة المناسبة لدوره في المجتمع (كأبن، كزوج، كعامل، كطالب، إلخ) وتتمحور أحكامه القيمية حول مبدأ الامتثال للصورة الاجتماعية التي يفرضها المجتمع.

4- ثم ينتقل إلي طور رابع يقع تحت مسمي طور القانون والنظام حيث يخضع الفرد للقوانين المجردة ويعتبرها المقياس الأعلي لسلوكه فيتحرر من البعد العرفي والذاتي لأحكام الطور السابق ويضع القانون الوضعي الذي يسود المجتمع فوق أي اعتبار أخر وهنا يميز كولبيرج بين الامتثالية البدائية للطور الأول والتي تقضي بالخضوع لصاحب السلطة مهما ظلم وبين الامتثالية المتطورة الخاصة بهذا الطور والتي تقضي بالخضوع للقوانين المجردة وليس للأشخاص مما يتيح فرصة عصيان صاحب السلطة إن لم يتمثل للقانون.

ويطلق كولبيرج على الطورين الثالث والرابع تسمية أخلاق الامتثال للنظم الاجتماعية إذ مع تقدمها عن طاعة الأشخاص يظل سلوك الفرد امتثالياً عاجزاً عن تجاوز القوانين الوضعية التي يفرضها المجتمع.

5- بانتقاله إلي الطور الخامس يخضع العقل النظم والقوانين الوضعية لامتحان العدالة ويبحث عن شرعيتها فهي ليست في ذاتها محقه وشرعية بل غالباً ما تكون ظالمة إن لم تستمد مصدرها من عقد اجتماعي أولي يعكس إرادة المواطنين لهذا السبب سمي الطور الخامس بطور العقد الاجتماعي مما يتيح للفرد فرصة الإعراض عن القوانين التي لا تعبر عن إرادة جامعة.

6- لكن العقد الاجتماعي نفسه لا يغني بالضرورة عن الظلم. لأن الإرادة الجامعة

قد تقوم على خطأ بل على ظلم قد يقع على الفئات التي لم يشملها العقد وتتمثل شوائب هذه الإرادة المؤسسة للمواطنة في التاريخ الحديث، من خلال ممارسات الظلم تجاه الأطراف الخارجة على العقد الاجتماعي (الحروب الاستعمارية والرق والتمييز العنصري) لهذا السبب يقضي الطور السادس والأخير بالامتثال للمبادئ الأخلاقية التي يقرها العقل والتي بطابعها الكوني والعقلاني تتجاوز مستوى النظم الاجتماعية الوضعية ومضمون العقد الاجتماعي.

ويمثل الطوران الخامس والسادس ما يسمي بأخلاق ما وراء النظم الاجتماعية الوضعية حيث إن العقل يتجاوزها ويخضعها لمقاييس تتعداها إلي ما هو مقبول من العقل المشرع.

إن أبعاد نظرية الأطوار الستة متعددة وأهمها بعدان أولهما تربوي والآخر سياسي أخلاقي فعلي المستوى التربوي تدفع هذه النظرية المعلم إلي تغيير شامل في منهجية تعليم الأخلاق للطفل فبعد أن كان تعليم الأخلاق يتحقق من خلال تلقين الدروس العامة التي ينقل المدرس بواسطتها تعريفاً للفضائل إلي المتعلم أصبحت مبادرة الكشف عنها تقع على عاتق المتعلم نفسه.

تتبني منهجية كولبيرج الطرق التربوية التي تعتمد على النشاط الذاتي للطفل المتعلم فهي تنطلق من النشاط العقلاني الاستدلالي الذي يقوم به لأن القيم التي لابد من تعليمها لا تكتسب مدلولاً ما في ذهن المتعلم إلا إذا كان يدرك مبرراً ويستوعب مدلولها من خلال أدواته المنطقية الخاصة ثم إنها تعتمد على طريقة جدلية مؤداها إن محور التعليم يكمن في طرح وتجاوز المشكلات الأخلاقية لا سيما أنها تدفع المتعلم إلي ثلاثة أمور هي: تجاوز البديهيات إلي المسائل الأخلاقية، والبحث من خلال منهجيته العقلية عن حل منطقي للمشكلة الأخلاقية وصعود مراتب ومستويات التنمية الأخلاقية وصولاً إلي الطور السادس.

وتتلخص الوظيفة التربوية الأساسية لهذه المنهجية في تحقيق الاستقلالية الذاتية للحكم الأخلاقي عند الطفل وتتحقق هذه الاستقلالية الذاتية من خلال قناعة الفرد العاقل بأن الحكم الأخلاقي الذي يتقيد به، يتطابق مع ما يتطلبه نشاطه العقلي.

6- نظرية التحليل النفسي :-

أ- نظرية فرويد :

حاولت مدرسة التحليل النفسي تفسير الاضطرابات السلوكية في ضوء مكونات نفسية وتربوية تبدأ بالتنشئة الاجتماعية أو في ضوء ما حددوا به مكونات الشخصية، والشخصية عند مدرسة " التحليل النفسي " تتألف من الجوانب التالية :-

أ- الهو: ويشمل مجموعة الغرائز الفطرية، والنزعات الأنانية عند الإنسان، ومن خصائصه أنه يقوم على أساس مبدأ اللذة ويعرف أيضاً بالنفس البدائية.

ب- الأنا: أو الذات أو النفس الذاتية وهو المسئول عن تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي السوي أو المرضي عند الفرد أي أن استواء أو انحراف السلوك يتوقف على الوظيفة المتوازنة (للأنا) التي تحاول تحقيق مطالب الإنسان الشهوية في إطار ما يسمح به المجتمع والقيم والمثل العليا التي يتمسك بها الفرد، فإذا ما عجزت الأنا التي تسير وفقاً لمنهج الواقع عن التوفيق السوي للمشروع بين مطالب " الأنا الأعلي " ومطالب " الهو " فقد القدرة على التوافق السوي وأدي ذلك إلي الاضطرابات النفسية والسلوكية سواء في جانب التطرف في إرضاء حاجاته الشهوية أو في الجانب المضاد وهو التطرف في إرضاء متطلبات المثل العليا البعيدة عن الواقع كاعتزال الناس والعمل والزواج والاستمتاع بما أصل الله حتى الاستمتاع المشروع، ويصبح الفرد متردداً خائفاً شاعراً بالذنب ومعني ذلك عجز " الأنا " ومعناه الإسهام في ظهور كافة أنواع السلوك الانحرافي بما في ذلك السلوك الإجرامي.

جـ- الأنا الأعلي: ويشمل مجموعة المثل العليا والقيم المثالية التي يكتسبها الإنسان من محيط الأسرة والمؤسسات الخاصة بالتنشئة الاجتماعية التي يعيش داخلها، والتي تعكس العقيدة والثقافة، وتتمثل في مجموعة الأوامر والنواهي التي يتلقاها الطفل من والديه، ويقوم الأنا الأعلي على مبدأ المثالية، وتذهب مدرسة " التحليل النفسي " إلي أن هناك صراعاً دائباً ومستمراً بين عنصري الشخصية

العنصر الغريزي والعنصر المثالي، ومعيار استواء الشخصية أو إنحرافها بتوقف على قدرة العنصر الثالث للشخصية في تحقيق التوافق بين العنصرين المتصارعين وهو الأنا (النفس الذاتية).

وفي رأي مدرسة " التحليل النفسي " أن ظاهرة السلوك غير المقبول يمكن تفسيره في ضوء مفاهيم اللاشعور والتربية والعقد النفسية، والكبت، أو في ضوء مكونات الحياة النفسية عند الإنسان مع التركيز المفرط على الدافع الجنسي أو ما يطلقون عليه أحياناً غريزة الحياة في مقابل العدوان أو غريزة الموت، ويؤكد علماء هذه المدرسة على الآثار المدمرة لكبت الدافع الجنسي، وهو ما يؤدي عندهم إلي العقد النفسية التي تعبر عن نفسها في العديد من مظاهر السلوك الإجرامي، كما يؤكدون أن بذور الصحة النفسية والمرض النفسي والسلوك الإنحرافي للإنسان، تظهر أثناء مرحلة الطفولة وخاصة المبكرة خلال عمليات التنشئة الاجتماعية ومن أساليب التعامل التي يتلقاها الطفل من المخالطين له حيث تتضح مواقفه من السلطة والمجتمع والأسرة والعمل والجنس الآخر والتعليم والذات، إلخ.

كما يشير مؤيدو مدرسة " التحليل النفسي " إلي أن الرابطة بين الشخصية السوية والشخصية المضطربة تتمثل في الصراع بين مكونات الشخصية، وفي رأي هذه المدرسة أن الضوابط المستمرة التي يتعرض لها الإنسان في حياته منذ الصغر تتمثل فيما تحاول الأم أن تدرب عليه من تنظيم مواعيد الرضاعة وضبط أمعائه ومثانته وفي حدود المسموح وغير المقبول.

ب- نظرية ستاك سوليفان :-

ركزت نظرية ستاك سوليفان على دور العلاقات بين الفرد والآخرين في ضوء الحاجات الفردية والاجتماعية للفرد والمجتمع وفي ضوء ملاحظة سلوك الفرد في المجموعة وكذلك نظرية أولر التي أكدت على أن الفرد كائن اجتماعي بطبعه ويسلك ويتعرف في ضوء الاهتمام الاجتماعي ولأنه عضواً في جماعة وينتمي إليها ويقوم بدور معين فيها في ضوء التفرد الشخصي الذي يحقق أهداف الجماعة.

ولتحديد كيفية تكوين السلوك يجب معرفة العلاقة الديناميكية بين الطفل والجماعة أو المجتمع الذي يعيش فيه.

كما لا يجب إغفال العوامل المرتبطة بالنضج والتوترات الناشئة عن عدم إشباع الحاجات في الطفولة المبكرة.

إذ يمثل خفض التوترات الناشئة عن القلق مبدأ مهماً في نظرية سوليفان ويفيد بأن عدم خفضها يمثل تهديداً يلازم الفرد خلال مراحل النمو المختلفة واستمرار القلق يؤدي إلي اضطراب في العلاقات المتبادلة.

ويؤكد على أن التفاعلات الاجتماعية هي السبيل لفهم سلوك الإنسان أي أن السلوك مرهون بظروف بيئية وتفاعلات اجتماعية وعلاقته بالبيئة الاجتماعية هي التي توضح محاولاته المتكررة للتعديل والتغيير حتى يتناسب سلوكه مع مقتضيات هذه الظروف، والاضطراب في هذه العلاقة يؤدي إلي الخلط في التفكير.

تؤثر الضغوط والتوترات التي يتعرض لها كل فرد في الطريقة التي يعبر بها للآخرين.

وتعتبر عبارات التحذير من الاقتراب من أشياء معينة أول إحساس ينبه الطفل بأن سلوكه يشكل اضطراباً أو خوفاً أو رفضاً من قبل الآخرين.

وبعض مظاهر القلق تساعده على أن يتعلم ما هو مقبول أو غير مقبول ومعظمها يجعله ينسحب إلي تصرف يشعر معه بالأمن. لذلك ينشأ ما يسمي بنظام النظام فلكي يتجنب أشكال معينة من السلوك فهو يستخدم أساليباً وقائية. فيتعلم مثلاً أنه يمكن أن تجنب العقاب إمتثالاً لرغبات الوالدين ووسائل ضمان الأمن تشكل نظام الذات الذي يقبله الآخرون وتسمي الذات الطيبة.

ونظام الذات ما إن يتم وضعه في الطفولة حتى يميل للاستمرار والتدعيم. وبذلك يستخدم نظام الذات لحماية الذات من النقد أو العقاب وإذا عجزت الذات الحقيقية عن ضبط نظام الذات عندها تظهر أعراض الاضطراب في السلوك.

والنقد الصريح يمكن أن يقلل المسافة بين نظام الذات والذات الحقيقية.

وإذا كان سوليفان يركز على نظام الذات فنظرية باندورا تركز على فعالية الذات والتي مؤداها أن الأفراد القادرين على أداء السلوك المقبول يتميزون بفاعلية ذات عالية.

والذين يتصفون بفاعلية منخفضة يعتبرون عاجزين عن إحداث السلوك المقبول ويفرق زكريا الشربيني بين توقعات الفعالية وتوقعات النتيجة فتوقعات الفعالية تشير إلي ثقة الفرد في قدرته على أداء سلوك مقبول. وتوقعات النتيجة تشير إلي تنبؤ الفرد للنتائج للسلوك (زكريا الشربيني 2001).

فقد تكون الثقة في الأداء المقبول عالية بينما توقعات النتيجة متدنية وهذا يرجع لظروف البيئة غير المناسبة.

وتكتسب فعالية الأداء من الإنجازات التي تحققها الفرد وباستقلاليته واستخدامه لخبرات بديلة في مواقف الإخفاق والإحباط والقدرة على التأثير والإقناع ترتبط بقوة ومكانة ذوى السلطة والاستثارة الانفعالية كطرق معالجة لتيسير إتمام الأعمال بنجاح.

7- نظرية الجشتالت :

وتؤيد المدرسة الجشطالتية وجود عوامل أو متغيرات تتصل بعملية إدراك الطفل أو سلوكه تسمي المجال السيكولوجي للطفل أو الحيز النفسي حيث نظر ليفين إلي محددات السلوك على اعتبار أنها أحداث أو سبه أحداث تتم في داخل المجال وافتراضه أن الفرد وبيئته متضمنان داخل المجال والبيئة في نظرة تشتمل على خبرات الطفل المختلفة ورغباته ولغته وأصدقائه وأسرته وألعابه وهواياته كما تشتمل أيضاً على قيم الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيهما كما تشتمل أيضاً على قيم الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيهما وإمكانياته الاقتصادية.

ويعتبر ليفين أن السلوك محصلة نشاط الفرد الذي يتم في داخل هذا المجال. ذلك النشاط الذي ينظر إليه على أنه أحداث تتحرك من نقطة إلي أخرى داخل المجال.

فالضرر حينما يسلك سلوكاً محدداً إنما هو يتجه نحو تحقيق هدف يتميز بجاذبية إيجابية ويبتعد عن الجاذبية السلبية.

- المتغيرات المتعلقة بالمثير.
- المتغيرات الوسيطة و المجال الإداري
- المتغيرات المتعلقة بالاستجابة (السلوك)

وهذا الرسم يوضح الأحداث أو المثيرات التي تقع في حاضر الفرد أو ماضيه وهو ما يقصد به المجال الطبيعي أو البيئة والمتغيرات التي يستعان بها في تفسير السلوك تعتبر تكوينات فرضية تفيد مع متغيرات النوع الأول والمتغيرات المتعلقة بالاستجابة هي السلوك نفسه وعلى الرغم من أن الموقف المثير قد يكون واحد إلا أن السلوك قد يختلف من فرد إلي آخر.

وبذلك نجد أن نظرية المجال قصدت محددات السلوك في عملية الإدراك وهي متغير وسيط، أي أنهم اعتبروا أن الطريقة التي يدرك بها الفرد الأشياء هي دالة السلوك في هذا الموقف وقد صدرت نوعين من السلوك إدراكي، ظاهري حركي.

8- معايير الحكم على السلوك :

تعكس درجة التوافق النفسي للفرد تجاه ظروف البيئة التي يعيش فيها إحدى الصور المهمة للحكم على صحة السلوك وتكيفه أي ملاءمة سلوكه لمعايير الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه.

وتعتبر قدره الفرد على ضبط التوازن بين الجوانب العقلية المعرفية والمتطلبات الاجتماعية والحيوية مؤشراً مهماً لتحقيق التوافق والإحساس بالأمن ويمثل حدوث الاختلال في توافق الفرد وعدم قدرته على التكيف مع الظروف البيئية منبئاً لحدوث الاضطراب ومؤشراً لحدوث السلوك اللاسوى.

والسلوك اللاسوى هو الذي لا يرضي عنه من يمثل المثل الأعلي للفرد وهو الذي يبعد عن المعايير والقيم والعادات والعرف والتقاليد للمجتمع الذي ينتمي إليه الفرد.

هو سلوك غير متلائم مع الجماعة سواءً كانت هذه الجماعة هي جماعة الرفـاق أو الزملاء أو الأسرة أو المجتمع.

ونحن نعلم أن الحياة المعاصرة تتغير وتتبدل كل يوم ويقابل فيها الفرد بالمواقف الجديدة وكل موقف يحتـاج سـلوكاً متلائمـاً معـه في إطـار إشـباع الحاجـات وتمثـل ضوابط المجتمع بقواعد السلوك والتقاليد والأعراف والقوانين إطـاراً مرجعيـاً لمعرفـة مدى سوية هذا السلوك وقبوله.

وتعتبر سلوكيات التعدي على الآخرين بـالقول أو الفعـل أو عـدم الاحـترام بالسخرية أو الاستهزاء أو القهر أو الإيذاء للآخرين مظاهراً للسلوك غير المقبول.

لذلك تعتبر سلوكيات الفوضـي والتخريـب وعـدم الامتثـال للقواعـد أمثلـة للسلوك غير المقبول من الأطفال أو تدخل ضمن إطـار سـلوكيات السـلوك المضـاد للمجتمع.

أي أننا نستطيع مما سبق الحكم على السلوك بأنه طبيعي من وجهة نظر الطفل ويسمي عندئذ بالمعيار الذاتي، وعلى ذلاك يكون :-

1- **المعيار الذاتي**: حيث نتخذ مـن سـلوك طفـل الروضـة (تقديـر الـذات) نموذجـاً لسلوك الأطفال في سن من 4 – 6 سنوات.

2- **بينما يعبر المعيار الاجتماعي**: عن سلوك الالتزام بالمعايير الاجتماعية حيث يعتبر السلوك المقبول هو ذلـك السـلوك الـذي يتـلاءم مـع عـادات وتقـاليد وأعـراف وقوانين المجتمع.

3- **أما المعيار الإحصائي**: حيث يتخذ درجة المتوسط أو المنوال كسـلوك شـائع بـين الأطفال الروضة كسلوك سوى والإنحراف عن هذا المتوسـط يمثـل السـلوك غـير المقبول والذي يؤثر على إنتاج السلوك أو التكيف الاجتماعي بشكل واضح.

الفصل الثاني

تشخيص السلوك غير المقبول عند الأطفال

1- اعراض السلوك غير المقبول

2- العوامل المسببة للمشكلات النفسية للأطفال

أ- اسباب نفسية

ب- الأسباب البيئية

جـ- عوامل شخصية

1- الإهمال

2- إساءة معاملة الطفل

3- عدم الإحساس بالأمن النفسي

ادوات تشخيص السلوك المضطرب (غير المقبول)

أ- الاختبارات الموضوعية

ب- التقرير الذاتي

جـ- قائمة مراجعة سلوك الطفل

د- اساليب التقرير

هـ- أسلوب الملاحظة في حل المشكلات

الفصل الثاني

تشخيص السلوك غير المقبول عند الأطفال

تعتبر عملية عمليه التشخيص Diagnosis من أهم العمليات لتحديد المشكلة السلوكية وهذا بدوره يفيد في تحديد أنسب طريقة لعلاج المشكلة وتتضمن عملية التشخيص معرفة أسباب وأعراض المشكلة.

ويقوم بهذه العملية متخصصون في دراسات الطفولة وعلم نفس الطفل وأخصائيون في الإرشاد والتوجيه النفسي للأسرة والطفل.

ويفيد التشخيص المبكر في إتاحة فرص كبيرة لعلاج المشكلة وتتطلب هذه العملية تعاون أفراد الأسرة (الآباء) والمربيين والأخصائيين لتشخيص المشكلة بدقة ويستخدم الخبراء والمتخصصين التقارير الوالدية أو تقارير المعلمين للحصول على المعلومات عن مشكلات الأطفال.

كما تستخدم طريقة الملاحظة وتطبيق الاختبارات والمقاييس المناسبة لسن الأطفال وحالاتهم العقلية. كما يستخدم اللعب كأداة تشخيصية وعلاجية لمشكلات الأطفال.

ويفيد في التشخيص مظاهر أعراض سلوكية تمثل متلازمة أعراض يمكن من خلال معرفة السلوك غير المقبول وكذلك التعرف على أسباب هذا السلوك كمساعدة في علاجه.

1- أعراض السلوك غير المقبول:-

تصنف المشكلات في ضوء الأعراض، والأعراض تعتبر علامة دالة على المشكلة ولكن يجب دراسة العلاقات الدينامية بين الأعراض.

ولكي نحدد معني الأعراض لابد أن نتعرف على الأسباب والعوامل التي ساعدت على تكوين المشكلة.

وتظهر الأعراض النفسية في سلوك الطفل لعدم قدرته على مواجهة الضغوط أو لعدم قدرته على القيام برد الفعل المناسب على الرغم من اعتبار العرض رد فعل لشعور الطفل ومحاولة للتوافق مع المواقف الاجتماعية.

وتصنف الأعراض وفقاً لارتباطها بكل جانب من جوانب النمو على النحو التالي:-

1- الاضطرابات المرتبطة بالنمو العقلي المعرفي تتمثل في اضطرابات الإدراك - اضطرابات التفكير - اضطرابات الذاكرة - اضطرابات الكلام.

2- الاضطرابات المرتبطة بالنمو الانفعالي مثل : القلق - الاكتئاب - الخوف - الخجل - الغضب.

3- الاضطرابات المرتبطة بالنمو الحسي الحركي : النشاط الزائد - نقص النشاط - اضطراب النشاط - التقلص العضلي - الحركات الراقصة - الاختلاجات - الارتجافات - النحافة - البدانة.

4- اضطرابات الشخصية : عدم تقدير الذات والانطواء - الفوضي.

5- اضطرابات سوء التكيف الاجتماعي : الخجل - الاعتماد على الآخرين (عدم الاستقلالية) عدم القدرة على التواصل مع الآخرين.

2- العوامل المسببة للمشكلات النفسية تنقسم إلي :

أ- أسباب نفسية: تتمثل في الصراع والإحباط والحرمان والصراع يعبر عن حاجتين لا يستطيع إشباعهما في نفس الوقت فيكون الاحباط هو الحالة التي تعاق فيها تحقيق الرغبات أي دور الطفل لما يحول دون تحقيق الأهداف أو إشباع الحاجات. أما الحرمان فيتمثل في عدم إشباع الحاجات الأساسية الحشوية والحسية والنفسية الاجتماعية والحرمان من الحب والحنان والوالدين.

ب- الأسباب البيئية: البيئة الاجتماعية وعوامل التنشئة تؤثر عملية تشكيل وتمويل السلوك الفردي إلي سلوك اجتماعي في حدوث السلوك السوي والسلوك المشكل فالاضطرابات الأسرية أو عدم الاستقرار الأسري وكذلك استخدام أساليب والدية سلبية كالإهمال أو النبذ أو التسلط وكلها تؤثر تأثيراً مباشر على شخصية الطفل وتساهم في تكوين السلوك المضطرب لدى الأطفال. كذلك سوء التوافق مع محيط التعلم يؤدي إلي الإخفاق في التوافق ويتسبب في ظهور أعراض الاضطراب مثل استخدام أساليب التهديد، والعنف أو التوبيخ والنقد تؤدي إلي سوء التكيف التعليمي وظهور مشكلات صعوبات التعلم.

ج- **عوامل شخصية:** تتمثل في الخصائص والمميزات التي يجب أن تميز كل فرد عن الأخر مثل :

1- الذكاء والحس المرهف.

2- دقة الملاحظة وسرعة البديهة وسرعة المبادرة.

3- اللياقة - حسن التصرف.

وعندما تظهر سمات سلبية تضعف قدرة الفرد على الإحساس بالأمان أو التعاطف فإنه عندئذ يلجأ إلي سلوكيات كحماية للذات ولكنها تعتبر مرفوضة من المجتمع والآخرين. (نبيل عشوش، 1999)

والآن يمكن أن نطرح هذا السؤال :

لماذا يسئ الأطفال التصرف ؟

نستطيع أن نؤكد مما سبق أن من الأسباب المؤدية لحدوث مشكلات سلوكية للطفل ما يلي:-

1- الإهمال :-

تؤكد الدراسات والبحوث النفسية على أن الطفل الذي يتعرض للإهمال المتمثل في نقص الرعاية وعدم المبالاة يسبب له مشكلات انفعالية وسلوكية. ويؤكد العدد من الباحثين على أن الإهمال يتضمن نقص الإشراف والتوجيه والمتابعة

وإهمال إشباع حاجات الأطفال النفسية التي توفر للطفل الأمن مما يفقده الإحساس بكيان الذات أو المكانة وعدم الإحساس بالحب والانتماء فتكون كل سلوكياته محبطة وعدوانية.

2- إساءة معاملة الطفل :-

تتمثل في تعرض الطفل للإيذاء البدني والنفسي وترجع البحوث والدراسات واستخدام الآباء والمربيين للإساءة للأسباب التالية :-

1- معاناة الوالدين وحرمانهما الاجتماعي وخبراتهما السابقة المرتبطة بإساءة والديهم أو من قام على أمر رعايتهما وإحساسهم بالبؤس وعدم السعادة.

2- الأوضاع الأسرية ومشكلات الأسرة وموقفهم من مواجهة الأزمات (الطلاق - والسفر - وفاة أحد الوالدين) وكثرة الضغوط التي تسبب القلق والتوتر وتؤدي إلي سوء العلاقات بين أفراد الأسرة ويتأثر بذلك الطفل.

3- عدم توفر الخدمات أو عدم إلمام الآباء بكيفية الحصول على معلومات تفيدهم بكيفية التصرف عند مواجهة الأزمات والمصائب.

4- اتخاذ الآباء أساليب معاملة سلبية للأبناء لميل هؤلاء الآباء إلي السيطرة والاستعداد مما يؤدي بهم إلي وضع معايير لا تتناسب مع نمو الطفل وإمكاناته مما يترتب عليه القسوة في النقد ويؤدي ذلك إلي إحساس بالعجز والإخفاق وعدم القدرة.

5- فشل التفاعل بين الطفل والآباء لنقص الخبرة وعدم الوعي لمستجدات الحياة وعدم تفهم أدوار الكبار نحو الأطفال وعدم النضج وعدم فهم فنون الوالدية أو الأمومة.

6- في بعض المستويات الاقتصادية والاجتماعية المخفضة والمناطق السكنية الفقيرة يستخدم العقاب البدني العنيف حيث يشكل مطالب الأبناء عبئاً ثقيلاً علي الأباء وتجعلهم تحت وطأة الصراع بين كليتي المطالب وعدم الكفاءة المادية مضطرون لاستخدام العنف والقسوة مع الأبناء مثل استخدام العدوان اللفظي والبدني مما

يولد السلوك السئ غير المقبول لـدى الأطفـال وغالبـاً ترتبـط المشـكلة بـالوضع الاجتماعي (ظروف المعيشة القاسية.

7- الدخل المحدود وحجم الأسرة - النسق البنائي للأسرة العزلة الاجتماعيـة للآبـاء وجود أمراض مزمنة وراثية لدى الآباء أو أحدها وتكون هذه الأمـراض خطـيرة كالفصام أو الذهان (الهوس الاكتئاب).

8- بعض الأطفال تكون شخصياتهم هدفاً للإساءة مما يسبب لديه أعراضـاً سـلوكية غير مقبولة كالنشاط الزائد، اللامبالاة - الاتكالية (نانسي نبيل، 2005).

سمات الأطفال المعرضون للإساءة :

ثورات الغضب الانفعالية - عدم الاستقرار والحركة الزائدة ش- عـدم الثقـة بالنفس - الانسحاب - العنـاد - التمـرد - صعوبـات التعلـم - الإكتئـاب - العـدوان - الشعور بعدم الأمن - تجنب التواصل مع الآخرين (نتيجة الخوف) مما يؤدي علـى تـأخر وبطء النمـو الاجتمـاعي والفوضـي والتخريـب وعـدم الاسـتجابة العاطفيـة (البـلادة) وضعف الشهية واضطرب الكلام والشعور بالذنب واضطرابات الشخصية والاتكالية.

وقد أيدت الدراسات في هـذا المجـال أن آبـاء هـؤلاء الأطفـال يكونـون غـير قادرين على إتاحة بيئية انفعاليـة مواتيـة لأطفـالهم تدفعـهم للنمـو السـليم والتعبـير الانفعـالي بطـرق إيجابيـة وهـم متمسـكون بقواعـد ومعايـير غـير مناسـبة للأطفـال ويتصفون بعدم المرونة لذلك نجد أن أساليبهم في الضبط والتهذيب غـير مناسـبة ممـا يؤدي إلي عدم فهم الطفل السلوك المقبول (نانسي نبيل، 2005).

3- عدم الإحساس بالأمن النفسي :-

1- يتمثل التشبع السلبي بهذا العامل شعور الطفل بأن البيئة الـتي يعيـش فيـها هـي مصدر تهديد له ومصدرا للتعرض للإيذاء والإهانة والخوف والحرمان والإحباط والبيئة الآمنة لا تجرى الأمور فيها كما يهوي الطفل ولكنها البيئة التي تؤيد برحمـة وتنظم بروية وتعلم بحكمة وهي التي تبعث الطمأنينة في نفس الطفل.

2- البيئة الآمنة هي التي تسمح للطفل بأن يمارس ألعابه وهواياته باطمئنان وتحقق له المبادأة والنشاط.

3- ويشعر الطفل بعدم الأمن عندما يدرك ان سلوكه غير مقبول وأنه غير محبوب من الآخرين.

4- لا يشعر الطفل بالأمن في بيئة يسودها التفكك الأسري وعدم الاستقرار.

5- شعور الطفل بأنه ليس بمفرده في هذا العالم ولكنه ينتمي إلي أسرة تحبه وتعامله برفق وتساعده على الاتصال بالآخرين.

6- خبرات الطفولة المؤلمة تشعره بالتعاسة وتؤدي إلي السلوك المضطرب.

7- الأم العصبية والآباء متقلقلى المزاج.

8- الأطفال الذين أنجبوا لأسر لا تدعم ولا تدفع للتواصل الناجح في الحياة لمواجهة الصعاب بشكل مناسب هم أطفال بؤساء لا يشعرون بالأمن النفسي.

تشخيص المشكلات :

على الرغم من وجود عدة تفسيرات نظرية عن كيفية نشوء السلوك المضطرب، إلا أن الخيارات تكون محدودة، عندما نصل إلي تحديد ما يشكل السلوك المضطرب. وبشأن المنهجين السائدين اللذين استخدما في التسعينيات - أحدهما نظام تعريف والآخر نظام تصنيف تقدم لائحة تعليم الأفراد المعاقين تعريف للسلوك المضطرب، ويقدم الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة نظاماً للتصنيف. وتوجد نظم أخرى، ولكن بالنسبة لكل الأغراض العملية، يمثل هذين النظامين الدعامة الأساسية، والسبب في ذلك له علاقة بالمؤسسات التي يخدمها كل من النظامين. ويعتبر هدف لائحة تعليم الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة هدفاً تعليمياً، ومجال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة هو ذو طبيعة نفسية طبية. وبناء على ذلك تم تغطية المدارس الحكومية ومعظم هيئات ومستشفيات الصحة النفسية بين التعريفيين.

يوجد القليل جداً من مقدمي الخدمات والهيئات التي تقدم الخدمات التي لا تعمل في نطاق أحد النظامين، وبينما يقوم هذان النظامان، رسمياً بتنظيم وتصنيف الاضطرابات المختلفة، إلا أنهما أيضاً لغتان غير رسميتين لسياقاتهما أي أصبحت المصطلحات الفنية المتضمنة في كل نظام لغة للاضطرابات التعليمية والصحة النفسية.

وقد تم إقرار لائحة التعليم لكل الأطفال ذوى المشكلات بوصفه القانون 142 بالمؤتمر الرابع والتسعين في عام 1975، وأعيد إقراره بالفقرة الخاصة بلائحة تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة في عام 1990. وهدفت هذه اللائحة أن تكفل التعليم الحكومي المجاني والملائم لكل الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة الذين تتراوح أعمارهم من 3 سنوات إلي 21 سنة. الحقوق الإضافية التي أدخلت في القانون هي حق الوالدين في رؤية السجلات الخاصة بأطفالهم، ومشاركة الوالدين في إعداد الخطط التعليمية لطفلهما، وممارسات وأدوات القياس غير التمييزية. يحدد القانون حالات العجز التي يقدم لها خدمات تعليم الفئات الخاصة مثل إعاقات التعلم، التخلف العقلي، الإعاقات الجسمية، العاهة الحسية (الصم، صعوبة السمع، المعاقين بصرياً)، والمشكلات الانفعالية الشديدة. وطبقاً للقانون، يعرف الاضطراب الانفعالي الشديد كالتالي:-

يعني المصطلح ظهور عرض أو أكثر من الخصائص التالية خلال فترة طويلة من الزمن وبدرجة ملحوظة، والذي يؤثر في الأداء التعليمي سلبياً :

1- عدم قدرة الطفل على التعلم والذي لا يمكن تفسيره بالعوامل العقلية، أو الحسية أو الصحية.

2- عدم القدرة على بناء أو الحفاظ على علاقات طيبة مع الأقران أو المعلمين.

3- ظهور أنماط غير ملائمة من السلوك أو المشاعر تحت الظروف الطبيعية.

4- حالة مزاجية شاملة عامة من التعاسه والمعاناة أو الاكتئاب.

5- الميل إلي ظهور أعراض خطيرة أو مخاوف مرتبطة بالمشكلات الشخصية أو المشكلات التعليمية.

ويشمل المصطلح الأطفال الفصاميين. ولا يشمل الأطفال الذين يسوء توافقهم الاجتماعي، ما لم يتقرر أنهم مضطربون انفعالياً بشدة.

يجب إلقاء الضوء على نقطتين مهمتين بشأن تعريف الاضطراب الانفعالي الشديد أولاً: أنه يقتضي أن يكون للسلوكيات المضطربة تأثير عكسي على الأداء التعليمي. ثانياً : أنه يستبعد تحديد الأطفال الذين " توافقهم الاجتماعي سيئ " فلا يمكن إظهار أنهم تنطبق عليهم معايير الاضطراب الانفعالي الشديد. مع كل من هاتين النقطتين فإن التعريف الفيدرالي يكون ناقصاً جداً بعدم تقديم معايير تساعد على تحديد مصطلحات مثل " التأثير العكسي " و "سوء التوافق الاجتماعي". هل يعني التأثير العكسي أن يحصل الطالب على Cs، عندما يكون في الواقع موهوباً وقادراً على الحصول على As ؟ هل يعني هذا أن يحصل على كل Fs، أم أداء ضعيف فقط في اختبارات التحصيل السنوية ؟ فضلاً عن ذلك، يجب أن توجد السلوكيات التي تنتج هذا التأثير خلال فترة طويلة من الزمن.

تنشأ أيضاً الصعوبات عندما نضع في الاعتبار عما إذا كانت المشكلات الانفعالية السلوكية تؤثر في التعليم. فعلى سبيل المثال، الطفل الذي يعاني من مشكلات أسرية خطيرة قد لا يتأثر عكسياً فيما يتصل بالأداء الدراسي، وبالتالي لا يكون في حاجة إلي أن تقدم له خدمات تعليم الفئات الخاصة. وقد حاول الأخصائيون التربويون أن يميزوا بين حاجات الصحة النفسية والحاجات التربوية القائمة على أساس الاستعداد للتعليم، معترفين بأنه بينما عديد من الأطفال قد يكونون في حاجة إلي نوع ما من المساعدة، إلا أن الخدمات لا ينبغي أن ترتبط بالعملية التعليمية. قد ينتفع هؤلاء الأطفال من الإرشاد الخاص أو العلاج الأسري، ولكن ليس من التعليم المتخصص في سياق منفصل خارج الفصل العام. النقطة الثانية - معني سوء التوافق الاجتماعي - هي الاهتمام بالجدال إلي حد بعيد. وقد أدركها كثيرون على أنها تعني السلوك الذي ينطوي على انتهاك مستمر للقواعد المجتمعية والحقوق الأساسية للآخرين.

بالإضافة إلي ذلك يبدو أن هناك قضية تحكم متضمنة في هذا النمط من

السلوك أي يعتقد أن سوء التوافق الاجتماعي يعني أن لدى الطالب سيطرة على سلوكه، ويختار عمداً أن يتصرف بهذه الطريقة. يعتبر البعض أن وجود كل من هذين العاملين (الانتهاك المستمر للقواعد بحرية الإرادة) يستبعد الضعف الانفعالي الخطير. وقد يسمي مثل هؤلاء الأطفال مضطربي السلوك (كريمان بدير، نبيل حافظ 2006).

يشير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الرابعة إلي قائمة شاملة لأكثر من 200 اضطراب نفسي طبي، كل من هذه الاضطرابات له رقمه الكودي الخاص وتوصيفه. ولا يتبني الدليل أي رؤية نظرية خاصة. وتختص مواصفات الاضطرابات أساساً بالمظاهر الأساسية. أسس الدليل حول عدة عناوين رئيسية، والتي تتضمن الاضطرابات التي تظهر عادة في مرحلة الرضاعة، الطفولة، أو المراهقة، الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، اضطرابات الحالة المزاجية، اضطرابات القلق، الاضطرابات الجنسية واضطرابات الهوية الجنسية واضطرابات التوافق من بين اضطرابات أخرى ضمن نطاق كل عنوان، تدرج الاضطرابات وأنماطها الفرعية في قائمة مع المواصفات التالية : المظاهر المرتبطة بالاضطراب السن الذي بدأ فيه الاضطراب السياق مدي انتشاره النمط الأسري والتشخيص الفارق..

لكي يقوم الأخصائي بتشخيص حالة طفل ما، يجب أن يوافق السلوك المعايير التشخيصية المتطلبة لكل اضطراب بالنسبة لعديد من الاضطرابات يتم ترتيب المعايير بأسلوب القائمة بحيث يتم الوفاء ببعض المعايير وليس من الضروري كلها. يستخدم الدليل التشخيص والإحصائي للاضطرابات النفسية نظاماً متعدد المحاور للتشخيص ويتكون من خمسة محاور لقياس مجالات مختلفة للفرد غير أنه ليس لكل فرد تشخيص في كل محور. فالمحور الأول لتسجيل الاضطرابات الإكلينيكية مثل الاكتئاب أو اضطراب الخوف أو اضطرابات التعلم (مثلاً، اضطراب القراءة، اضطراب اللغة التعبيرية).

المحور الثاني يقيس الاضطرابات الشخصية والتخلف العقلي، والمحور الثالث للاضطرابات الجسمية. والمحور الرابع للمشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية والمحور الخامس لتقدير القياس الشامل للأداء الوظيفي، الذي يشير عموماً إلي مستوى الأداء الوظيفي الحالي للفرد، ويتراوح بين درجة 100 عندما يكون الأداء الوظيفي فائقاً

حتى درجة أن يكون الأداء الوظيفي ضعيفاً للغاية ومن بين المحاور الخمسة. يكون المحور الأول عادة التشخيص الأساسي. على الرغم من أن المحاور الأول والثاني والثالث يعتبر أنها تشكل القياس التشخيص الرسمي.

يتمتع الدليل التشخيصي والإحصائي لقياس الاضطرابات باستخدام واسع الانتشار ويعتبر معياراً جوهرياً للمثابرة. ومع ذلك لم يخلو من الانتقاد. وقد اهتم الانتقاد الرئيسي من بين هذه الانتقادات بثباته وصدقه (فوف، 1986) ويقرر الدليل أن المظاهر الأساسية للاضطرابات تظهر بالطريقة نفسها لدى الأطفال كما تظهر لدى الراشدين، ومن ثم لا توجد حاجة لفئات منفصلة خاصة بالأعمار الأقل من المسلم به مع ذلك أنه توجد خصائص مميزة للعمر والتي تستعمل عند إعطاء طفل ما أحد هذه التشخيصات والدليل يتضمنها في مواصفات الاضطرابات فعلي سبيل المثال. إن تطوراً اكتئابياً خطيراً لدى طفل ما قد يتضمن طبعاً حاداً وليس مزاجاً اكتئابياً وبدلاً من فقدان الوزن الذي قد يحدث بين الراشدين. فإن الأطفال قد يفشلون في تحقيق الأوزان المتوقعة.

إن الطفل الذي شخص على أساس الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بأنه مصاب باضطراب ثنائي القطب قد يشخص أو قد لا يشخص على أنه مصاب باضطراب انفعالي شديد في الإدارة التعليمية اعتماداً على أن توجيهات المدرسة بشأن الاضطراب الانفعالي الشديد والقرار اللاحق لفريق تعليم ذوى الحاجات الخاصة بالمثل، إن تشخيصاً بالإصابة بالاضطراب الانفعالي الشديد نجده غير كاف ليقتضي الحاجة إلي خدمات الطب النفسي أو خدمات الصحة النفسية إن الفروق بين النظم مقرونة بالمصطلحات القانونية العامة غير الدقيقة، تؤدي إلي ظروف شاقة لأولئك الذين يحاولون أن يحصلوا على خدمات أو يجددوا مستويات الأطفال. ويمكن تجنب مثل هذه المواقف على نحو مثالي باستخدام بيانات إضافية لتدعيم ما هو مفتقر إليه في كل منهج أملاً في أن تنبثق معلومات ذات صلة بالموضوع، وتستفيد منها كل الهيئات التي تتعامل مع الطفل.

ويقوم القياس النفسي بتقديم الكثير في مثل هذه الظروف وتقوم نظم

التصنيف على أساس التشخيص الدقيق، ويستطيع القياس النفسي أن يساعد المشخص على اتخاذ القرار في تشخيص ما ينتج أيضاً التخطيط للعلاج من التشخيص الدقيق، وبناء على ذلك يمكن أن توضع خطة العلاجية الملاءمة الواقعية عن القياس النفسي أيضاً. إن المثال الجيد لفائدة القياس النفسي يمكن أني يدرك بتشخيص لحالة اضطراب انفعالي شديد. يجب أن يعكس التشخيص عدم قدرة على التعلم غير قابلة للتفسير، وكذلك يجب أن يعكس اختلالاً تعليمياً ويجب أن يتم قياس الذكاء والتحصيل عموماً وتستبعد إعاقات التعلم كسبب للاختلال التعليمي تستطيع الاختبارات النفسية في الغالب أن تحدد وتوضح هذه الجوانب إلي مدي لا تستطيع أن تقوم به الملاحظة أو تقرير الوالد أو المدرس وحدها.

وفي نطاق تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يساعد القياس النفسي أيضاً في العملية التشخيصية. إن قضايا التشخيص الفارقة تعتمد في الغالب على بيانات مستخلصة من القياس النفسي. فعلي سبيل المثال، الخاصية المميزة المرافقة للمراهقين الاكتئابيين من الذكور هي تجسيد المعاداة للمجتمع ويمكن تفسير هذه السلوكيات بسهولة على أنها تبين فقط تشخيصاً لاضطراب في السلوك - في سياق القياس الانفعالي للشخصية فإنه يمكن تحديد مثل هذه الأعراض على نحو أكثر ملاءمة كجزء من صورة تشخيصية مختلفة أكبر إن الطبيعة المتعمقة للقياس النفسي وتحليله وتفسيره تصلح في الغالب لسد الفجوة بين نظامي التصنيف، بتقديم بيانات قابلة للتطبيق في أي من الموقفين.

أدوات تشخيص السلوك المضطرب (غير المقبول) :

أ- الاختبارات الموضوعية :-

يتعامل هذا الجزء مع نوعين من المقاييس الموضوعية هما مقاييس التقرير الذاتي ومقاييس تقرير الكبار (الوالد أو المدرس) وهذه المقاييس موضوعية بمعني أن الاستجابات قابلة للقياس، وتوجد عادة مجموعة من البحوث التي تدعم أنواع بروفيلات الشخصية الناتجة لا يكفي التفسير أن يكون كلياً أو ذاتياً من جانب

الإخصائي النفسي. ولأن هذه المقاييس تعتمد على وجه نظر شخص واحد فإنها تكون عرضة للإنحياز المحتمل أو التشويه من جانب الفرد الذي يقوم بأدائها فعلي سبيل المثال في اختبار مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه (وهو مقياس تقرير ذاتي)، قد ينكر الفرد مشكلات بسبب الخوف أو الحرج، لذلك يشوهون البروفيل الناتج وبالمثل في قائمة مراجعة سلوك الطفل قد يرغب الوالد أن يجعل الطفل يبدو أفضل أو أسوا مما هو عليه بالفعل لذلك على الرغم من أن المقاييس الموضوعية تنتج درجات وبروفيلات لها دعم أمبيريقي، إلا أن منظور كل مقدر للدرجات يجب دائماً أن يؤخذ في الاعتبار عند تفسير النتائج.

وتتضمن نقاط القوة في المقاييس الموضوعية كفاية وقتها وتكلفتها بالنسبة للمفحوصين والأخصائيين النفسيين على حد سواء. وعلى الرغم من أن بعض أدوات القياس قد تتطلب ساعتين من الوالد لأدائها إلا أنها تستغرق من الأخصائي النفسي عشرين دقيقة فقط للتصحيح والتفسير. إن ذلك مقارنة بساعتين من وقت الأخصائي التي يتطلبها جميع معلومات مماثلة، يمثل توفيراً جديراً بالاعتبار للوقت أيضاً تكون مقاييس تقدير الورقة والقلم والاختبارات أكثر ثباتاً وصدقاً من المقابلات الشخصية الإكلينيكية الأقل تنظيماً.

ب- التقرير الذاتي :

إن اختبار الشخصية المتعددة الأوجه هو اختبار تقرير ذاتي نمط الإجابة فيه (حقيقي - غير حقيقي)، ويتكون من 566 عبارة عندما تصحح تسفر عن نمط بروفيل للشخصية ربما لا توجد أداة قياس بحثت على نطاق واسع، أو كتب عنها أكثر من اختبار مينيسوتا للشخصية المتعددة الأوجه وقد قام س، ر هاثاواي وج. سي. مكينلي بجامعة مينيسوتا بإعداد اختبار مينيسوتا للشخصية المتعدد الأوجه أصلاً في عام 1917. وبعد ذلك بثلاث سنوات ظهرت المعايير الأولي، والتي تقوم على أساس مجموعة من 800 من المفحوصين العاديين و 1500 من المفحوصين غير العاديين (خالين من المشكلات النفسطبية التي يسهل التعرف عليها)، الذين اختيروا من زوار المستشفي، عملاء محليين من مركز فحص جامعة مينيسوتا، والمرضي الذي

يعالجون طبياً. ويقوم المقياس على أسئلة يطرحها الأخصائي النفسطي أو الأخصائي النفسي في مقابلة شخصية، وكما كان متوقعاً استجاب الأشخاص المصابين باضطرابات مختلفة على نحو مختلف عن كل منهم الآخر وعن الأشخاص الذين ليس لديهم اضطرابات.

ومن هذه الفروق الأولية، استمر الباحثون في فصل المجموعات أمبيريقياً بحيث يتعامل كل مقياس، إما مع نوع الاضطراب العقلي أو مع نمط شخصية مثل الهوس الاكتئابي أو الانطواء الاجتماعي ويتكون اختبار مينيسوتا للشخصية المتعدد الأوجه التقليدي من ثلاثة مقاييس صدق وعشرة مقاييس إكلينيكية صممت مقياس الصدق لمنع الزيف والدفاعية.

ج- قائمة مراجعة سلوك الطفل :

إن قائمة مراجعة سلوك الطفل هي أحد أربعة مقاييس، قام بإعدادها توماس أشنباخ وكريج أولبروك (1983، اشنباخ، 1991 أ) لقياس السلوك المشكل لدى أطفال الأعمار من 4 إلى 16 سنة. والمقاييس الثلاثة الأخرى هي صورة تقرير المدرس (اشنباخ 1991 ب، 1991 د)، صورة التقرير الذاتي للشباب، وهو ملائم للأطفال الأكبر من 11 سنة (اشنباخ، 1991 جـ) وصورة الملاحظة المباشرة (اشنباخ 1986).

صورة مختصرة لمكونات اختبار (MPP1)

القلق

الاكتئاب

المشكلات الصحية

الغضب

مشكلات إدارة السلوك

تحقيق الذات

تدني مفهوم الذات

الصعوبات الاجتماعية

المشكلات العائلية

مؤشرات العلاج السلبية

الاختبارات الإضافية MMP1-2

اختبار ماكندرو المعدل	MAC-R
مشكلات الإدمان	ACK
المشكلات الفردية للمدمن	PRO
مشكلات عدم النضج	IMM
القلق	A
الكبت	R

المقاييس الفرعية لهاريس - لونجوس :

الاكتئاب	D1
التأخر النفسحركي	D2

مقياس دانيال للقلق الاجتماعي	HY
الحاجة إلي الحب	HY
الاضطرابات العائلية	Pd1
الوئام العائلي	Pd3
الوحدة النفسية	Pd2
التميز الشخصي	Pa
التأثير	Pa2
الوحدة الاجتماعية (الاغتراب)	Sc1
ضعف تأثير الأنا	Sc4
الهلوسة الحسية	Sc6
السلوك غير المهذب (اللا أخلاقي)	Ma1
تضخم الأنا	Ma4
الخجل / الشعور بالذات	Si
الاغتراب / عن الذات والآخرين	Si

وتسمح كل من قائمة مراجعة سلوك الطفل وصورة تقرير المدرس للفاحص أن يحدد إذا كان هناك انحراف دال في تقديرات السلوك لدى الطفل المستهدف، مقارنة بتقديرات السلوك لدى الأطفال النمطيين. تتكون قائمة مراجعة سلوك الطفل من 118 عبارة سلوك والتي يقوم الوالدين بتقديرها إما بصفر لغير حقيقي، 1 لحقيقي إلي حد ما أو أحياناً، أو 2 لحقيقي جداً أو حقيقي في الغالب. والمقياس في مستوى مقرؤية الصف الخامس وليس إصطلاحياً أو كبيراً بالنسبة للوالدين. ويتم قياس ثلاثة مجالات أخرى في مسعى لتحقيق توازن في تقييم الطفل باكتشاف خواص إيجابية حيث يشكل مقياس الأنشطة المقياس الاجتماعي والمقياس الدراسي مقياس الكفاءة الاجتماعية بقائمة مراجعة سلوك الطفل ويركز مقياس الأنشطة على

الألعاب الرياضية، والهوايات والوظائف والأنشطة الخاصة بالطفل. ويركز المقياس الاجتماعي على صدقات الطفل، ولعبه، وعضويته في التنظيمات ويطلب المقياس الدراسي من الوالدين أن يقدروا طفلهما أكاديمياً وأن يقدموا معلومات تعليمية عما إذا كان الطفل يتلقى تعليماً عاماً أم تعليماً خاصاً وعن كيفية أداء الطفل في المدرسة.

تصحح عبارات السلوك والمقاييس التكميلية الثلاثة، وتنقط على جدول انتشار في صورة بروفيل، يكون مميزاً للعمر والجنس - ويكون معلماً دقيقاً عند القيام بمقارنات بشأن السلوك. وتكون الدرجات المشتقة للكفاءة الاجتماعية درجات مئينية ودرجات تائية، مع استخدام المئيني العاشر كمئيني دي والدرجات التي تقع تحت هذا ستعتبر درجات دالة إكلينيكياً تصحح عبارات السلوك بالمثل بالمئينيات والدرجات التائية هنا الدرجات التي تقع فوق الدرجة التائية 70 أو المئيني التسعين تكون درجات ذات دلالة إكلينيكية يتم تجميع عبارات السلوك الـ 118 في مجموعات دقيقة : الفصام أو القلق، الاكتئاب، السلوك غير التواصلي، السلوك الوسواسي القهري، الأمراض الجسمية الانسحاب الاجتماعي، فرط النشاط، العدوان، الجنوح، مشكلات الجنس، الانسحاب العدائي. هذه التجمعات - بدورها - تجمع في تجمعين شاملين : السلوكيات الاستدخالية والسلوكيات التخريجية. والدرجات المرتفعة في أي من المقاييس لا تعني أنها تؤدي إلي تشخيص ما، ولكنها بالأحرى وصف شامل لسلوك الطفل.

استخدمت قائمة مراجعة سلوك الطفل المتطورة عينات إكلينيكية وغير إكلينيكية من الأطفال. وقد استخدمت العينات الإكلينيكية لتعرف أعراض السلوكيات المشكلة ولبناء المقاييس، بينما استخدمت العينات غير الإكلينيكية لتشكيل أساس معياري. ومن وجهة النظر السيكومترية، فإن كلاً من العينيتين حسنتا التكوين عموماً، أعطيت الخصائص السيكومترية اهتماماً خاصاً في تطوير قائمة مراجعة سلوك الطفل، أكثر مما تكون عليه الحال عادة مع المقاييس الاجتماعية الانفعالية الأخرى الخاصة بمرحلة الطفولة (فريمان، 1985). وبيانات الثبات أكثر من ملائمة، حيث إنها قيست بعدة طرق، والتي تتضمن الاتساق الداخلي وتقدير

المحكمين، وإعادة الاختبار. أما الصدق، فإن الارتباطات مع قوائم مراجعة السلوك الأخرى هي أيضاً ملائمة وقد أظهرت قائمة مراجعة سلوك الطفل أنها تميز بين الأطفال الإكلينيكيين وغير الإكلينيكيين بنسبة 18٪ من سوء التصنيف فيما يتصل بالسلوك، ونسبة 16٪ في الكفاءة الاجتماعية (كنوف 1986) وقد ظهر حديثاً أن استخدام قائمة مراجعة سلوك الطفل وصورة تقرير المدرس معاً يميز بين الأطفال في العينة العامة تحديداً، أولئك الذين يحتاجون خدمات الصحة العقلية كمرض خارج المستشفي، وأولئك المضطرين انفعالياً بشدة، ويتطلبون أن يوضعوا في فئة تعليم ذوى الحاجات الخاصة (ماتيسون، لينش، كالس وجامبل، 1993).

كانت تقديرات " المشكلات الكلية " مفيدة للغاية في القيام بالتمييزات وقد لاقت قائمة مراجعة سلوك الطفل موافقات إيجابية بسبب منهجها الأمبيريقي في تناول مشكلات السلوك في مرحلة الطفولة (فريمان 1985، كازدين 1989، كيلي 1985، كنوف 1986) ومن المؤكد أن تطورها وإجراءاتها المعيارية وجوانبها الفنية هي من الأمور الجيدة. والفائدة المضافة هي الاستمارات التكميلية التي تم إعدادها لتكون متممة لقائمة مراجعة سلوك الطفل.

ويمكن جمع منظورات مختلفة لسلوك الطفل بمقارنة تقديرات من مقياس بآخر، مثل مقارنة تقديرات الوالد بتقديرات المدرس في استمارة تقرير المدرس أو تقديرات الوالد بتقديرات الطبيب السريري من استمارة الملاحظة المباشرة أو عندما يكون ملائماً مقارنة تقديرات الوالد بصورة التقديرات الذاتية من استمارة التقرير الذاتي للشباب. إن هذه التقديرات مع ذلك تكون دائماً على خلاف مع بعضها البعض (اشبناخ، مكونرى، هاول، 1987) تستطيع قائمة مراجعة سلوك الطفل أن تقدم معلومات تفصيلية مفيدة لعديد من السياقات والمتخصصين ولكنها تقتضي فهماً شاملاً لأداة القياس من جانب الطبيب السريري عموماً تمثل قائمة مراجعة سلوك الطفل خطوة للأمام في قياس علم النفس المرضي لمرحلة الطفولة.

د- أساليب التقرير :-

إن استمارة تقرير المدرس (اشنباخ، 1994 ب، 1991 د) هي استمارة مصاحبة لقائمة مراجعة سلوك الطفل، صممت لاستخدام المدرس في تقدير مشكلات سلوك الأطفال وهي تشبه كثيراً قائمة مراجعة سلوك الطفل في محتوى البنود والإعداد والتقنين وتوجد 118 من السلوكيات المشكلة التي يقوم المدرس بتقديرها باستخدام نظام قياس قائمة مراجعة سلوك الطفل نفسه، ذو الثلاث نقاط صفر أو 2 بالإضافة إلي بنود السلوكيات المشكلة يقدم المدرس أيضاً معلومات عن البيانات الديموجرافية التاريخ الأكاديمي، تقديرات الأداء الأكاديمي، والأداء الوظيفي عموماً.

يؤدي تصحيح استمارة تقرير المدرس إلي بروفيل يشبه جوهرياً البروفيل الذي ينتج عن تصحيح قائمة مراجعة سلوك الطفل. إن فئات الزمر المحدودة مماثلة لتلك الفئات بقائمة مراجعة سلوك الطفل وتتضمن السلوك الانسحابي، الشكاوي الجسمية، السلوك القلق / الاكتئابي، المشكلات الاجتماعية، مشكلات الفكر، مشكلات الانتباه، السلوك الجانح، والسلوك العدواني ويمكن أيضاً الحصول على درجة عامل التخريج والاستدخال إن استمارة تقرير المدرس - مثل نظرائها - لها أساس معياري سن التقنين. وقد اشتقت المئينيات والدرجات التائية فيما يتصل باستمارة تقرير المدرس ودرجات السلوك التي تزيد على المئيني الثامن والتسعين أو الدرجة التائية 70 هي درجات ذات دلالة إكلينيكية وقد دخل الاهتمام نفسه بالسلامة السيكومترية في استمارة تقرير المدرس، كما دخل في قائمة مراجعة سلوك الطفل وكان ثبات وصدق أداة القياس مرضيين.

إن الفائدة الأساسية لاستمارة تقرير المدرس هي أنها - عندما تستخدم بالضم مع قائمة مراجعة سلوك الطفل - تسمح للطبيب السريري أن يجري قياساً متعدد الأوجه لمشكلات السلوك بتضمين أكثر من وجهة نظر واحده. وبمقتضي السياق وحدة لا غير، يكون الأباء والمدرسون حساسين للجوانب المختلفة للسلوك، ويمكنهم أن يقدموا تقديرات متفاوتة لنفس الطفل. وقد تثير مقارنة لوجهات النظر قضايا مهمة فيما يتصل بالتخطيط العلاجي تقدم استمارة تقرير المدرس - مثل قائمة

مراجعة سلوك الطفل وفرة من المعلومات النوعية التفصيلية عن السلوك، وتكون ملائمة لاستهداف السلوكيات المشكلة.

إن هذا النوع من المعلومات يكون مفيداً في إيضاح أجزاء تعريف الاضطراب الانفعالي الشديد، التي كما توجد في التعريف الفيدرالي، مبهجة. ولأن استمارة تقرير المدرس تعتمد على ما لدى المدرس من معلومات فإنها تكون مفيدة على نحو خاص لتناول متطلب " الضعف التعليمي ".

هـ- أسلوب الملاحظة في حل المشكلات :-

تعتمد فعالية ورقة جمع المعلومات والبيانات المطلوبة لحل المشكلة التي تواجه الفرد أو الجماعة بأسلوب علمي على طرق وأساليب فنية متعددة منها أربعة مشهورة :

أولها: **الطريقة التاريخية**، فيعمل القائم على حل المشكلة بالبحث والتقصي في طيات أسانيد الماضي ووثائقه للعثور على البينة الكافية لتحقيق الغرض الذي يقدمه، ويفحص البينة بطريقة ناقدة وموضوعية وأمينة ومدققة.

وثانيها: **الطريقة المسحية** سواء الوصفية كما تستخدم في التعداد الوطني والمسح الجماهيري ودراسة الحالة، أو التقويمية كما تستخدم في المسح الطولي لدراسة الأشخاص على فترات زمنية محددة وفي المسح العرضي للأشخاص على مراحل مختلفة من النمو وفي وقت واحد. أو عقد المقارنة بين مجموعتين أو أكثر من البشر في متغير أو أكثر من المتغيرات.

وقد تتضمن معالجات البيانات بالطريقة المسحية استخدام أدوات الاختبارية من مقاييس واستبيانات ومقابلات شخصية وقوائم للتقدير والمشاهدة وثالثها الطريقة التجريبية وهي أفضل طريقة لمعالجة المتناقضات في الممارسات التربوية ويسمي المتغير أو العنصر تحت الدراسة والتقويم بالمتغير المستقل أو التجريبي بينما تسمي المعايير التي يقوم من خلالها الباحث بالتقويم بالمتغيرات التابعة والغرض من الطريقة التجريبية هو تحديد التباين في السمات أو المعايير أو المتغيرات التابعة والذي

تسبب من تقديم المعالجة أو المتغيرات المستقل على فترة من الزمن. أما الطريقة الرابعة وهي الملاحظة فتختلف عن طريقة المسح في أن المعلومات التي تحصل عليها ليست من قبل الأشخاص المفحوصين وتتطلب الملاحظة شخص أو أكثر ليشاهدون ما يحدث في مواقف الحياة الواقعة.

ويقوم الملاحظون عادة بتسجيل وتصنيف ما يحدث طبقاً لخطة سبق وضعها وتتضمن طريقة الملاحظة العلمية التركيز على ملاحظة الظاهرة الطبيعية تحت البحث وتسجيل الأحداث بموضوعية واستخلاص النتائج النابعة من أحداث المشاهد ثم استخدام الاستخلاصات لتوليد تنبؤات أو افتراضات، واختبارها على فترات من الزمن، ووضع النظريات والرؤي لتوضيح الظاهرة.

وعند ملاحظة الموقف يكون الباحث مهتماً بعدة أمور. أولاً بما يجري فيه أي بمحتواه إلي لماذا ومن يلزم مراقبته وثانياً بالنتيجة المستخرجة أي بماذا يرغب أن يفعله بالبيانات وثالثاً بإعداد دليل لجوانب الملاحظة التي يرغب الباحث في فحصها والأدوات التي سيستخدمها لتسجيل الملاحظات. ورابعاً تأتي الملاحظة بالمستجيب وما إذا كان المستجيب يتفاعل بطريقة أو أخرى مع الملاحظ أو أنه يتأثر بتطور الملاحظة. وتعتمد دقة الملاحظة على موضوعية الشخص الملاحظ ومن هنا يصبح دليل الملاحظة ضرورياً في تسجيل الملاحظات دون تميزات. ويجدر اعتبار مدي طول الملاحظة ووقت حدوثها وعدم تدخل الملاحظ في مجرى أحداثها أو عدم شعور من نلاحظه بما نلاحظه.

الفصل الثالث

المشكلات الصحية والحركية

1- مشكلات تناول الطعام

أ- مشكلة فقد الشهية

ب- مشكلة الإفراط في تناول الطعام

2- مشكلة نقص الانتباه وفرط النشاط

3- مشكلة فقد البصر الجزئي

4- مشكلة فقد السمع الجزئي

5- مشكلة الاضطرابات اللغوية

الفصل الثالث

المشكلات الصحية والحركية

الصحة الجسمية :

إن العديد من الشروط الجسمية، كالجوع وفقر الدم والحميات المعتدلة والآثار الدوائية، تؤدي إلي التعب. وقد يفسر هذا التعب خطأ " بالكسل " والصحة الجسمية تعد أمراً حيوياً من أجل نجاح الطفل في المدرسة، لأنها تمده بالقوة (القدرة على الاحتمال) التي تتطلبها ساعات طويلة من تركيز الانتباه في الأنشطة ويعتمد التعلم الناجح علي المواظبة المنتظمة في المدرسة وحضور الدروس المستمر حيث تتصف بعض الموضوعات المدرسية (كالرياضيات والحساب) ببنية هرمية، وهذا يعني أن كل خطوة من خطوات هذه الموضوعات تعتمد منطقياً على الخطوة السابقة وتشكل أساساً لخطورة لاحقة. لهذا يواجه الطفل الذي يفقد تسلسل هذه الموضوعات (وبخاصة الطفل الذي يعاني من مرض مزمن ومتواتر) صعوبات في فهمها. وقد تثير هذه الموضوعات، بطريقة ما بعض الاتجاهات الانفعالية في حال غياب المعلم المدرك وتصبح مصدر قلق شديد بالنسبة للطفل ذي الاستعداد لذلك وقد يكون الطفل المواظب على المدرسة غير قادر على التعلم الناجح إذا كان تعباً أو لا مبالياً.

ليست المشكلات الجسمية مسئولة فقط عن ضعف الجهود التي يبذلها الطفل في الروضة بل قد تكون هذه المشكلات ذاتها نتيجة اضطراب انفعالي. وقد يكون الاكتئاب سبب تراخي الطفل وعدم اهتمامه. إذ يتبدى الاكتئاب غالباً في فقدان القوة الجسمية والصحة الجيدة، أما مظاهر الاكتئاب الشديد فتتبدى في سرعة التهيج وسوء المزاج، وعندما يبلغ درجته القصوى، فسيعاني الطفل من قلة النوم وفقدان الشهية، وسيكون باستمرار واهن القوى والعزيمة وسيفقد النشاط والحيوية. إن

الطفل المكتئب (لأي سبب) يرفض مواجهة تحديات الحياة ويتوقف عن بذل الجهد وعن الاستخدام الناجح لقواه في أي مجال من مجالات النشاط، ويخطئ في كثير من الأحيان، بحيث نعتقد أن هذه المشكلات جسمية بينما هي انفعالية في أساسها.

ونعرض في هذا الفصل بعض المشكلات المرتبطة بالتغذية وفرط الحركة ونقص الانتباه وكذلك الإعاقة البصرية والسمعية.

1- مشكلات تناول الطعام :-

أ- مشكلات فقد الشهية :-

نادراً ما يفقد الطفل دون الست سنوات شهيته، والطفل فاقد الشهية من الصعب إجباره ليتقبل الطعام، فهو يحب بعض الأطعمة ويرفض البعض الآخر وعندما يسبب ذلك فقد الوزن فهنا تبدأ المشكلة.

وكثير من الناس يشيرون إلي أن فقد الشهية ما هو إلا خوف حقيقي من الطعام، وغالباً ما يبدأ عند الأطفال البالغين من العمر 12 سنة. وفي هذه الحالات النادرة يكون يسبب مرض ما، وهناك بعض الطرق التي تفتح شهية الطفل وتجعل وقت الوجبة أكثر منعة، فإذا كان الطفل يكره نوعاً من الطعام فعلينا أن نبدله بنوع آخر لكي تجعل الطعام تجربة ممتعة بالنسبة له، فالبيئة المحيطة به ووقت تناول الطعام يجب أن يشعراه بالسعادة كما يجب الا يجبر الطفل على أكل جميع ما يوضع أمامه وتترك له الحرية في اختيار طعامه، ثم من الأفضل ألا يناقش الآباء الأطعمة التي يكرهونها أمام الأطفال مع الحرص على التنويع والتجديد والابتكار في شكل الأطعمة المقدمة للطفل وكذلك في أماكن تناول الطعام مع الأطفال.

ب- مشكلة الإفراط في تناول الطعام :

واحد من كل خمسة يعانون من زيادة الوزن تقريباً ونجد ذلك في الإناث بمعدل مرتين أكثر من الذكور. ويمثل هذا الخطر الأول على الصحة وغالباً ما يبدأ في الطفولة، ولقد أثبتت الأبحاث التي تتعلق بنمو الجسم أن وزن الجسم لا يتعلق بكمية

السعرات الحرارية التي يتناولها، ويجب أن نعرف ما هي الأسباب التي تؤدي إلي ذلك.

وهناك عوامل عديدة لذلك مثل الناحية النفسية والنشاط الجسماني وعادات الطعام الموروثة، إن الوراثة تعطينا الحجم وبناء الجسم. والناحية النفسية تمدنا بالسرعة التي نأكل بها، والنشاط الجسماني يحدد عدد وكمية السعرات المحترقة أثناء اليوم وعادات الطعام تحدد كمية المأكولات التي نتناولها ومتي نتناولها.

وفي الأطفال نجد أن شراهة الطعام لا يزداد بها وزن الجسم فقط ولكن حجمه أيضاً، فكمية السعرات التي تسبب التخمة تزداد عندما يصل الطفل 12 سنة (وربما قبل ذلك) ولهذا فإن من الصعوبة أن يفقد (أو يكتسب) الطفل كمية كبيرة من الوزن بعد 12 سنة. إن 80٪ من الأطفال المصابين بالتخمة يظلون هكذا بعد أن يكبروا.

بعض الآباء يعتقدون اعتقاداً خاطئاً في عدم أهمية مستوى نشاط الطفل، لأن التمرينات تستهلك قدراً ضئيلاً من الطاقة كما أن شهية الطفل تزيد كلما زاد نشاطه. وفي الحقيقة أن الطفل الزائد الوزن (من 6 – 8 سنوات) يعاني أيضاً من قلة الحركة مقارنة بالطفل ذي الحجم الطبيعي، كما أن تقليل مستوى نشاط الطفل لا يقلل من كمية الطعام التي يتناولها الطفل الشره.

وبالطبع لابد من وجود مشكلات نفسية لدى الطفل السمين فهو دائماً يرى في نفسه قبح الشكل وعدم الصلاحية الاجتماعية، وعدم ملاءمته كصديق لأحد.

وفي النهاية يجب أن نوضح أن عدداً ضئيلاً جداً من الأطفال يصبحون من البدناء ما لم يكن أحد والديهم كذلك كما أن 10٪ من الأطفال المصابين بالتخمة يكون والديهم من ذوى الحجم الطبيعي، وقد ترتفع إلي 50٪ عندما يكون أحدهم سميناً، وتصل إلي 80٪ إذا كان كلاهما سميناً، وعلي أي حال نجد أن القدوة والمثل للطفل في الآباء يلعبان دوراً كبيراً في التحكم الغذائي لديه.

1. يجب الا نترك الطفل حتى يشتد جوعه.
2. يجب الا تجعل من موضوع الطعام قضية أخلاقية فنقوم بلوم الطفل وإحراجه ونقوم بمراقبته باستمرار.

3. لا نتوقع من الأطفال أن يفعلوا شيئاً لا نفعله نحن. ولا نتوقع أنهم سيرفضون غالباً تناول نوع من أنواع الطعام نتناولها نحن الكبار.
4. لا تصبح متحمساً أكثر من اللازم، فإن هذا تغيير يعترض الطفل دائماً.
5. يجب الا يأتي ذكر استخدام فاتحات الشهية بتاتاً إذا لم يكن هناك مشكلة صحية تتعلق بالوزن.
6. أخيراً فالتوبيخ ليس له تأثير على الوزن إطلاقاً ولكنه يهدف إلي تحويل انتباه الطفل لما فيه مصلحته ويشعره بمسئوليته (زكريا الشربيني ويسري صادق 2000).

معالجة شره الطعام :-

أولاً: على الآباء أن يتفهموا أن وزن الطفل يجب أن يقاس خلال السنوات الأولي من العمر لتحاشى السمنة فيما بعد وليكون من السهل التحكم فيه.

ثانياً : يجب على الآباء أن يتخلصوا من الحكمة القائلة " إن الطفل السمين هو الطفل السليم" فكثير من العائلات يشجعون أطفالهم على إنهاء طعامهم، ويسعدهم أن يطلب الطفل زيادة من الطعام " هل تريد طبقاً آخر من الإسباجتي ؟ " إذن سأحضر لك بعض الحلوى " هل أملؤه لك مرة أخرى".

ثالثا: يجب أن نتعامل مع الوجبات الخفيفة بحكمة، فليس هناك ضرر من تقديمها، ولكن يجب التأكد من نوعية ما نقدمه خلالها وتكون بسيطة مثل البطاطس المحمرة.

رابعاً: تخصيص مكان واحد للأكل (ليس أمام التلفزيون) فيمكن أن يأكل الطفل كل ما يريده ولكن على مائدة الطعم. بهذه الطريقة تجعل الطعام يتنافس مع الأفعال الأخرى المفضلة للطفل بدلاً من أن يقوم الطفل بشيئين في وقت واحد فقد يصبح هذا عادة عند الطفل. وقد تعني مشاهدة التلفزيون إحضار أي شئ للأكل.

خامساً: إن الأشخاص الزائدي الوزن غالباً ما يكون أكلهم بسبب شعورهم بالسعادة أو بالحزن، إذن فالأكل بالنسبة لزائدي الوزن يرتبط بالحالة النفسية

لديهم. نحن لا ننقل هذا الشعور كمثال لأطفالنا فقط، ولكننا نفترض أن الطعام ساعدنا خلال الأوقات العصيبة، لذلك فنحن نقدم الطعام للطفل عندما يشعر بإحباط، ولا مانع من كوب من الليمون إذا تعرض الطفل للأذى من طفل آخر. إن الطعام يجب أن يقدم بانتظام ولا يجب أن يعتمد على المزاج أو يقدم تبعاً لظروف نفسية فقد يتحول هذا إلي عادة من الصعب التخلص منها.

سادساً: الأكل ببطء وبهدوء، وننتظر من الطفل أن يفعل نفس الشيء. فإذا ازدادت سرعة أكله أكثر من اللازم فإن الإشارات الفسيولوجية ستستغرق وقتاً أطول لكي تذهب من المعدة إلي المخ لتخبرك بأنك قد شبعت. لذلك فسوف تأكل طعاماً أكثر من احتياجك، ولن يستطيع المخ أن يخبرك أن معدتك قد امتلأت فالجوع يظهر على هيئة تقلصات عضلية في المعدة، وهذه التقلصات أو الانقباضات لا تهدأ بمجرد أن يوضع الطعام في الفم، فالطعام لابد أن يعد للهضم وبعد دقائق سيؤثر على الجوع. والأكل ببطء يسمح للمعدة والمخ أن يستوعبا كمية الطعام الذي تم أكله بالفعل ومدي امتلاء المعدة.

سابعاً: لا تتسوق لشراء الطعام وأنت جائع، تسوق وأنت شبعان، وخاصة إذا كان معك طفلك. فإن كان كل منكما شبعان فلن يغريك وجود حلوي أو طعام مملح أو نشويات.

ثامناً: اكتب قائمة للأطعمة التي تريد أن تشتريها قبل ذهابك للتسوق واشتر فقط ما كتب بالقائمة.

تاسعاً: تأكد أن طفلك ينال بعض التمرينات الرياضية كل يوم. وهذا لا يمثل مشكلة مع معظم الأطفال لأن اللعب مع الأطفال أو الذهاب إلي الروضة.

2- مشكلة نقص الانتباه وفرط النشاط :-

بصرف النظر عن الطريقة التي توصف بها الحالة (نقص الانتباه، فرط النشاط) فإن حدوث اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط هو أمر شائع. إن التقدير الرسمي

الذي يقدر بنسبه 3٪ لانتشار هذا الاضطراب بين الأطفال في سن المدرسة يتم التعتيم عليه من خلال التغطية الإعلامية الضخمة، والحديث المتكرر من قبل الآباء والمدرسين عن هذا الاضطراب أحياناً، يبدو أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط موجودين في كل مكان. ومما يزيد المشكلة خلطاً وإرباكاً هو اعتقاد كثير من الآباء والمدرسين أنهم يستطيعون تعرف السلوك الجنوني، المشوش غير المنظم وغير الفعال الذي يتسم به هذا الاضطراب للتميز بين الأطفال المصابين بهذا الاضطراب والأطفال غير المصابين به. فضلاً عن ذلك، إن قضية المبالغة في تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لها كثير من المؤيدين المتحمسين وكثير من المتشككين بأن الانحرافات الشخصية تزيد الخلاف أكثر بشأن الحالة، وتجعل تشخيصها الدقيق أكثر صعوبة لأي طفل.

لحسن الحظ، توجد مجموعة من المعايير التشخيصية المتفق عليها لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ولسوء الحظ فإن هذه المعايير مبهمة إلي درجة أنه يكون أحياناً من الصعب تحديد ما إذا كانت الحالة موجودة أم لا. إن الغموض يجعل تحديد الأمر أسوأ لأن الأعراض اللازمة للتشخيص قد وضعت تقريباً على أساس ما يقوله الآباء والمدرسون. لاحظ أن الإرشادات لم ترجع إلي أداء اختبار نفسي، وفيما يلي نعرض معايير تشخيص النشاط الزائد ونقص الانتباه.

وتستخدم هذه المعايير عند ظهور أعراض النشاط الزائد، والاندفاعية أو نقص الانتباه وفقاً لما يلي :

1- الطفل الذي يظهر لديه ستة (6) مؤشرات أو أكثر من قائمة نقص الانتباه خلال فترة ستة شهور على الأقل وهذه المؤشرات هي :-

أ- يفشل في الانتباه إلي التفاصيل ويؤدي إهمالها إلي ارتكاب عديد من الأخطاء لذلك فهو يفشل في أي عمل يبدأ فيه.

ب- لا يستطيع التركيز على إنجاز مهمة أو نشاط.

جـ- يتجنب المشاركة في إنجاز الأعمال التي تتطلب جهداً عقلياً.

د- ينسي أشياء مهمة أثناء العمل (النشطة - الألعاب - الأفلام - الوجبات - الكتب)

هـ- من السهل إثارته.

و- لا يتذكر المهام الروتينية أو الأنشطة اليومية

2- عندما يتكرر ظهور مؤشرات من هذه القائمة يعتبر الطفل من ذوى النشاط الزائد ومن مفرطي الحركة :

أ- دائماً يفرك في يديه ورجليه أثناء الجلوس (التململ).

ب- يصعب عليه الاستقرار في مكان (يترك مكانه في الفصل وقت الالتزام)

جـ- دائم القفز والتسلق مع تناقض في المواقف.

د- لا يستطيع ممارسة الأنشطة بهدوء ويجد صعوبة في اللعب المنظم.

هـ- يكون دائماً في حركة مستمرة ولا يهدأ ويكون متأهباً للخروج دائماً.

و- يتكلم دائماً بسرعة.

ز- يجد مشكلات في الأنشطة التي تضع قيوداً أو متطلبات محددة.

3- الطفل المندفع الذي لا يسم بالسيطرة على حركاته أو سلوكه وليست لديه قدرة على ضبط النفس نجده كثيراً :

أ- يقاطع الناس أثناء المناقشة أو الحوار أو اللعب.

ب- يجد صعوبة في انتظار دوره في العمل أو اللعب أو النشاط.

جـ- إجاباته دائماً خارج نطاق الأسئلة ولا يستطيع تكملة الإجابة.

ومما تقدم يمكن أن نؤكد على أن الطفل الذي يعاني من فرط الحركة غالباً يكون مندفعاً ويعاني من نقص الانتباه خاصة إذا ظهرت هذه الأعراض قبل سن سبع سنوات كذلك إذا لوحظ تدهوراً في عدد (2) أو أكثر من المظاهر - وإذا وجدت مظاهر إكلينيكية تؤكد ضعف المهارات الاجتماعية والدراسية والوظائف المهنية.

وينبغي أن يتم تحديد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أكثر تعقيداً بكثير

من استعراض الأعراض والمعايير بالجدول وحسب. إن عملية تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط هي عملية معقدة، وتتضمن مجموعة من التساؤلات يجب أن يتم على نحو كامل ودقيق. والأسئلة التي يجب أن يتم الإجابة عنها، تتضمن التالي:-

1. هل توجد أعراض كافية من الملل وعدم الانتباه والاندفاعية لوضع تشخيص لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ؟
2. هل توجد اضطرابات أخرى تفسر بشكل أفضل الأعراض المذكورة ؟
3. هل توجد أي مشكلات تتعارض غالباً مع اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (إعاقات في التعلم، مشكلات في السلوك) لدى هذا الطفل ؟
4. هل توجد اعتبارات أخرى ينفرد بها هذا الطفل، يجب أن توضع في الاعتبار عند وضع خطة العلاج.

إنه بالتعامل مع تعقيدات عملية التقييم التي تنجم عن إجابة هذه الأسئلة، فإن أساليب القياس يمكن أن تساعد.

قوائم مراجعة اضطراب نقص النشاط أحادية البعد :

يمكن تناول السؤال الأول "هل توجد أعراض كافية من التململ وعدم الانتباه والاندفاعية لوضع تشخيص لأضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ؟ على نحو أفضل إذا تم استخدام أدوات قياس سيكولوجية، وفي هذه الحالة صور التقدير الموضوعي. وقد أوجزنا في الفصل الأول مزايا أدوات القياس الموضوعية، وتلك التي يمكن تقديرها كمياً، وفوائدها تكون واضحة عند دمجها في مقاييس تقدير اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ودون استخدام صور التقدير، يترك المشخص ليعتمد على تاريخ الطفل كما يذكره الوالد أو المدرس، ليقرر عما إذا كان توجد أعراض كافية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لتسمح بالتشخيص.

ومن بين عيوب هذا المنهج هو ضرورة اتخاذ قرار بنعم أولا (موجود أو غير موجود) بالنسبة لكل عرض. في المقابل تسمح الاستبيانات الموضوعية لمقدري

الدرجات أن يقدروا شدة العرض على طول متصل. على سبيل المثال، أخذ مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (دويول، 1990) كل عرض بالدليل التشخيص والإحصائي للصحة النفسية - الطبعة الثالثة المعدلة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ووضعه على متصل يتراوح من " أبداً "، " قليلاً " كثيراً إلي حد ما كثيراً جداً وتباعاً، ثم تم تحديد نقاط لكل تقدير بطريقة صفر، 1، 2، 3 مع تعيين القيمة الأعلي لتقدير الأعراض الأكثر شدة. يسمح هذا الإجراء بتأثير أوضح وأكثر دقة لسلوك الطفل، والذي يمكن أن يفتقد في طريقه نعم أو لا.

وتعتبر مزايا صور التقدير القابلة للتقدير الكمي ومراجعيه المعيار لها الأهمية نفسها، فعلي سبيل المثال، باستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي للصحة النفسية - النسخة الرابعة إذا وجد 6 أعراض لعدم الانتباه وست أعراض للنشاط الزائد - والاندفاعية، عندئذ يمكن تحديد تشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد هو المنهج هو منهج عام جداً لدرجة أنه يناسب كلاً من الأولاد والبنات وكلاً من صغار الأطفال والمراهقين الأكثر نضجاً، وفي الواقع، يعتبر الأولاد عموماً أكثر نشاطاً واندفاعية بكثير عن البنات، ويعتبر صغار الأطفال عموماً أكثر نشاطاً واندفاعية بكثير من الأطفال الأكبر سناً.

إن صور التقدير مثل مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد تناول هذه المشكلة بسهولة، وذلك بتثبيت الدرجات الحدية للعمر والجنس. لذلك للتعبير عن الـ 3٪ من الأولاد في سن الثامنة الذين تنطبق عليهم الأعراض أكثر، يجب أن تظهر 31 درجة خام أو في مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد الذي يقوم الوالد بإجرائه وبسبب ندرة الأعراض لدى الفتيات عموماً، سيحتاج الأمر إلي درجة جدية من 27 لتحديد نسبة الـ 3٪ من الفتيات في سن 14 سنة، الذين تنطبق عليهم الأعراض أكثر، إن مقياس التقدير أحادي البعض لأعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد مثل مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يستطيع أن يساعد إلي حد كبير في تقرير وجود وشدة أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. وقد تم وضع عديد من مقاييس التقدير

أحادية البعد لأعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والتي لمعظمها أساس معياري ما، والعديد منها تم إعداده أمبيريقياً بتكوين اختبار يحتوى على بنود تميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، وقد انتقدت بعض أدوات القياس المحترمة، مثل استبيان المدرس المختصر الذي أعده كورنزز (كورنزز، 1973) لاحتوائه على عبارات قليلة جداً (10 عبارات) أو لاحتوائه على عبارات ليس لها علاقة بالمفهوم الحالي لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد (مثل مشكلات التحكم في الحالة المزاجية).

بالطبع، يجب أن تؤخذ نتائج لمقاييس التقدير أحادية البعد على أنها غير حقيقية تماماً ويدرك معظم الاخصائيين النفسين أن الغرض العام من هذه المقاييس والعبارات التي تتألف فيها هو الاستشفاف بعض الشئ. يتكهن الوالدان والمدرس بما يطرح من استفسار، ويكون من السهل عليهم أن يدركوا الكيفية التي تعمل بها المقاييس، ويمكن للتحيز الشخصي أن يتخلل العملية بسهولة. فهذا الخصوص، والأبوان اللذان يرغبان أن يكون لدى طفلهما اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائر (ربما يأملون في محاولة لتجربة العلاج) يستطيعون ببساطة أن يعضوا علامة " شديد " على كل عرض. العكس أيضاً صحيح، الرغبة في تجنب تشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد قد يحث بعض الآباء على أن يضعوا علامة "غير موجود" على كل عرض، بغض النظر عن سلوك الطفل الفعلي.

مقاييس التقدير متعددة الأبعاد :-

حتى إذا كان الشخص متأكداً من أن الطفل تدل حالته على أن لديه أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ش، فإن عمله بعيد عن الكمال السؤال الثاني " هل توجد اضطرابات أخرى تفسر بشكل أفضل الأعراض المذكورة ؟ في حاجة إلي إجابة تأمل المثال التالي هارولد صبي في الثامنة من عمره يسبب المشاكل في الفصل، سريع الانفعال، عدواني، ويصعب تهذيبه في البيت وطبقاً لما يقال عنه فإنه دائماً عصبي، ومتوتر الأعصاب وميال إلي القلق. ويمكن لأداة قياس أحادية البعد

مثل مقاييس تقدير اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أن تساعد بالتأكيد المشخص على أن يحدد إذا كانت أعراض اضطراب نقصاً الانتباه والنشاط الزائد موجودة، ولكن ماذا عن حالات الطفولة المحتملة الأخرى، مثل القلق، أوالاكتئاب، أو مشكلات عدم الإذعان الصريح ومشكلات السلوك، إن مقياس واحد بعبارات تسبر قط أوجه سلوك اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد قد يهمل جوانب أخرى لمشكلات هارولد، التي هي مساوية أو حتى أكثر هيمنة من مشكلاته في اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد.

إن أدوات القياس متعددة الأبعاد، مثل اختبار الشخصية للأطفال وقائمة مراجعة سلوك الطفل، تخفف هذه المشكلات في الجوهر، تطلب هذه الأدوات من الوالدين والمدرسين أن يقدروا الطفل أو المراهق في عديد من الأبعاد المختلفة (مثلاً، اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، الاكتئاب، مشكلات السلوك، مشكلات المهارات الاجتماعية) ويمن أن تكتشف بعض الأبعاد أو كلها أو لا تكتشف أي أبعاد موجودة على المستويات الإشكالية. وقد وجد هارولد في اختبار الشخصية للأطفال أن استجابات والدي هارولد تظهر عناصر لكل من اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد والاكتئاب (في بنائية للغاية أثناء وضع خطة العلاج وسيكون من غير المعقول أن نتوقع أن نخف مشكلات هاردولد بخطة تتناول أعراضه الخاصة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وحسب.

جدول قائمة بروفيل هارولد لشخصية الطفل

المقياس	درجة (ت)
التحصيل	57
الذكاء	54
النمو	55
الاهتمام الشخصي	60

المقياس	درجة (ت)
الاكتئاب	81
الترابط الأسري	57
الإهمال	66
الانطواء (الانسحاب)	55
القلق	63
الذهان	64
فرط النشاط	86
المهارات الاجتماعية	57

في الواقع حتى اختيار العلاج لمعالجة مشكلاته يمكن أن يتأثر بوجود مشكلات تحدث له في الوقت نفسه مثل الاكتئاب في حالة هارولد توضح درجات اختبار الشخصية للأطفال وجود كل من اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد والاكتئاب ماذا عن أنماط التفسير والأقل سهولة ؟ افترض أن مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد (وهو مقياس تقدير أحادي البعد) قد أظهر وجود أعراض اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد، وأظهرت الدرجات في اختبار الشخصية للأطفال ارتفاعات في المقياس تعكس الاكتئاب، ولكن ليس في المقياس الذي يعكس اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد معظم المشخصين بالطبع سينشدون بيانات من مصادر أخرى، مثل الملاحظة، والمقابلة الشخصية، والتاريخ الشخصي ولكن أحد احتمالات الفارقة هو أن الاكتئاب (الذي يتضمن القابلية للاستثارة، التركيز الضعيف، وتثبيت الهمة) قد يكون سائداً وربما الحالة الوحيدة الموجودة في هذه الحالة لم يعكس تقدير اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد الحقيقة ببساطة إن أدوات القياس مثل اختبار الشخصية للأطفال يمكن أن تكون ذات قيمة كبيرة في توجيه الطبيب السريري إلي احتمالات أخرى قد تكون سبباً لسلوك الطفل، وتفعل ذلك

بطريقة موضوعية وأمبريقية في الممارسة الإكلينيكية تستطيع مقاييس تقدير اضطراب نقص الانتباه الزائد أحادية البعد أن تشير إلي تشخيص خاطئ.

إن التغطية الإعلامية المألوفة غير المنقطعة لاضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد بالإضافة إلي رغبة الوالدين الصادقة في تحديد سبب فشل أبنهما قد تسلطت على عديد من الآباء للاعتقاد بأن طفلهما أيضاً لابد أن يكون مصاباً باضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد، أحياناً يتمسك الآباء بقشة اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد آملين أنها ستفسر سبب أن طفلهم صعب المراس. ويعتبر القياس الشامل، الذي يتضمن مقاييس التقدير متعددة الأبعاد ذا قيمة خاصة في إبقاء العملية على أساس حقيقي.

إجراء الاختبار النفسي الذي يبين اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد:

توجد بعض العيوب الواضحة في المنهج الذي يؤلف بين مقاييس التقدير وقوائم المراجعة وأكثر هذه العيوب وضوحاً هو أن المعلومات ستلخص من التقارير غير المباشرة وليس من أداء الطفل المباشر لاختبار النفسي، وقد يسأل المرء أليس أنماط الاختبار النفسية مثل مقياس وكسلر لذكاء الأطفال قارة على أكتشاف الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد ؟

أشارت البحوث التي تستخدم النسخ الأولي لمقياس وكسلر للذكاء (وكسلر 1971) إلي أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد يجدون صعوبة أكبر نسبياً في ثلاثة اختبارات فرعية معينة (الحساب، المدى الرقمي، والتشفير). ويمكن إيجاد متوسط درجات هذه الاختبارات الفرعية لإيجاد ما يسمي دليل حرية تحول الانتباه وإذا كان هذا الدليل أقل من درجات الطفل في أجزاء أخرى من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال عندئذ قد يفكر المرء في فرض اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد. وعلى الرغم من أن هذا الدليل قد رحب به ببعض الماس المبدئي كمؤشر إكلينيكي محتمل لمشكلات الانتباه إلا أنه ظهر مؤخراً غير دقيق

لدرجة أنه لا يضيف كثيراً إلي تشخيص اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد (باركلي، 1990، كوفمان 1994، سمرود - كليكمان، هايند، لوريز ولاهي، 1993).

إذا استخدم دليل التحرر من تحول الانتباه وحده فإن كثيراً من الأطفال من غير المصابين باضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد سيعتبرون خطأ من المصابين باضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد والكثير من الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد لا يزال يوجد بعض الارتباط بين الدرجات في الاختبارات الفرعية مثل الحساب والمدي الرقمي، والتشفير واستكشاف الرمز (وهو اختبار فرعي جديد أضيف إلي مقياس وكسلر لذكاء الأطفال) كما ينقص الأطباء السريرون الدرجات، ليحددوا إذا كانت متوافقة مع بقية بروفيل الطفل.

ومع ذلك يقلل المشخصون الحذرون من أهمية درجات التحرر من تحول الانتباه في مقاييس وكسلر كعون في تشخيص اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد لسوء الحظ تم تفحص الاختبارات سيكولوجية أخرى خاصة بتلك التي تقيس الوظيفة التنفيذية فيما يتعلق بقدرتهم على اكتشاف الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد دون نجاح يذكر (باركلي، جرودزينسكي، 1994) في منتصف التسعينيات، كان لاختبارات الوظيفية التنفيذية دور محدود في مساعدة المشخصين على فهم العملية النفسية لدى الأطفال والقت حتى بعض الضوء على اضطراب نقص الانتباه النشاط الزائد ذاته. ولا شك لأنه سيستمر البحث عن أدوات قياس ملائمة.

3- مشكلة فقدان البصر الجزئي :-

الإبصار عملية تتضمن رؤية الأشياء بالعينين والقدرة على إدراكها وتفسيرها والجزء الأول من العملية وهو القدرة على الإبصار بالعينين يسمي حدة الإبصار، والذي يمكن قياسه بدقة عن طريق قياس البصر باختيار العين. حيث تكون حدة الإبصار نتيجة للرؤية العادية.

والجزء الثاني من تعريف عملية الإبصار هو القدرة على تفسر المرئيات، وهي

قدرة متعلمة عن طريق الخبرات البصرية المكتسبة في بدء الحياة، وهذا الشق لا يمكن قياسه بمقاييس علمية دقيقة.

تعريف الهيدستارت للإعاقة البصرية :-

يميز مشروع الهيدستارت بين نوعين من التعريفات، تعريف يسمي بالتشخيص التصنيفي يستخدم في تحديد الأهداف، وآخر تشخيص وظيفي يستخدم في وصف مجالات القوة والضعف عند الطفل.

والتشخيص الوظيفي يحدد ما يستطيع الطفل عمله وما لا يستطيع عمله في التربية الخاصة والخدمات المتعلقة بها. وهذا التقويم الوظيفي ينمي بالتشخيص الذي يحدده فريق يعمل مع الأطفال، من الآباء والمدرسين وغيرهم من المتخصصين، وبهذا فإن التقويم أو التشخيص الوظيفي هو قطاع للنمو.

وهناك نوعان رئيسيان لتشخيص الإعاقة البصرية هما :

أ- الإبصار الجزئي :

طبقاً لمشروع الهيدستارت وتشخيصه التصنيفي يعرف الطفل المعوق بهذا النوع على أنه : طفل يعاني من ضعف في حدة الإبصار، وعلى الرغم من سلامة عدسات عينية - إلا أن مجال قوة الرؤية عنده لا تتجاوز 20/ 70 في أي من العينين، ولكنه مع هذا ليس بالأعمي، كما يعرف على أنه طفل لا تتجاوز حده إبصاره 20/ 70، فقطر الرؤية يتحدد ولا يتسع عن زاوية تزيد عن 140، كما يعرف الطفل المعوق بأنه يعاني من ضعف الوظيفة الإبصارية بشكل يحد من عمليات التعلم، وهو طفل يعاني من عيوب أو نقائص أو أخطاء في عمل عضلات العين، وهذا التعريف لا يتضمن من يستخدمون النظارات وتقترب رؤيتهم من الرؤية الطبيعية.

وبذلك فإن هذا التعريف يرى أن الطفل المعوق بصرياً يرى الأجسام التي يراها الطفل العادي على بعد 70 قدماً يراها هو على بعد 20 قدماً فقط، ومجال رؤيته محدد بزاوية قدرها 140، وحركات عينية للداخل والخارج ولأعلي ولأسفل غير متناسقة.

ب- كف البصر (انعدام الإبصار) :

ويعرف الطفل الكفيف طبقاً لمشروع الميدستارت وتشخيصه التصنيفي كالآتي:- يتصف الطفل الكفيف بإحدى هذه الخصائص الثلاث :

1- طفل أو طفله محدود البصر لدرجة أنه يعتمد أساسً على حاستي اللمس والسمع مع عينيه، إذ لم يستطيع مطلقاً الاعتماد على عينيه فقط.

2- طفل أو طفله يعاني من الانعدام التام للرؤية.

3- طفل أو طفلة لا يتجاوز حدة مجال الإبصار لديه عن 20/ 200 وأكبر قطر في مجال إبصاره لا يتعدى 20.

وطبقاً لهذا التعريف فإن الطفل الكفيف يرى ما يراه العادي على بعد 200 قدم يراه هو على بعد 20 قدماً فقط، ومجال رؤيته محدود بزاوية قدرها 20 فقط.

الخلاصة: ومن المهم ملاحظة أن الكتاب يطلق على الأطفال ذوى الإعاقة الجزئية والأطفال المكفوفين: أطفالاً معوقين بصرياً.

النتائج التربوية وتطبيقاتها :

من المهم ملاحظة أن التعريفات السابقة للإعاقة البصرية تقيس حدة الإبصار، ولكنها لا تقيس كيف يستخدم الشخص عملية الإبصار في حياته اليومية ومن الملاحظ أن بعض الأفراد ذوى القدرات الإبصارية البسيطة يستطيعون استخدام قدراتهم الإبصارية أفضل من أطفال يتمتعون بقدرات إبصارية أعلي. ومما لا شك فيه أن وعيك، وتفهمك للأطفال، وتقبلك لمشكلاتهم البصرية وملاحظتك ومتابعتك للأطفال ذوى المشاكل بعناية لما يفعلون وكيف يفعلون، لهو خير معين لك في تخطيطك للعمل معهم وأفضل من تمسكك فقط بتعريفات عن حدة الإبصار.

ومعظم الأطفال المعوقين بصرياً ليدهم بعض القدرة على الإبصار، ويجب أن

يدربوا على استخدامها، بغض النظر عن درجة إبصارهم هذه فـالعيوب لاسيما في الطفولة المبكرة تستفيد من استخدامها لهذا يجب أن تشجع الطفل لينظر قريباً وبعيداً ويفحص الأشياء عن قرب.

وستلاحظ أن هناك العديد من الأطفال يرون في بعض الأيام أفضل من بعضها الآخر، وهذا يسبب أن إبصار الطفل يمكن أن يتأثر سلبياً بإجهاده أو بالضغوط النفسية الواقعية عليه. وعلى سبيل المثال، جيا طفلة في الرابعة من عمرها معرقة بصرياً تستطيع وضع قطع البازل مع بعضها ولكنها بعد يومين من لعبها الموافق هذا لوحظ أنها تعاني وتجد صعوبة من وضع نفس هذه القطع سوياً مع بعضها، ولاحظت معلمتها تلازم هذا مع دخول أمها المستشفي واضطراب حياتهم الأسرية، وبذلك ظلت جيا تعاني من استخدام قدراتها البصرية لأيام عدة، إلي أن خرجت والدتها من المستشفي وعادت حياتهم الأسرية كما كانت، وبالتدريج استعادت جيا قدراتها الإبصارية كما كانت من قبل.

كيف تؤثر الإعاقة البصرية في التعلم ؟

يستخدم مصطلح الإعاقة البصرية عادة عندما يعاني الطفل من مشكلة بصرية تؤثر على تعلمه، فالتعلم يحتاج لتلقي المعلومات، التفكير فيها، والتفاعل معها، وهذه الإعاقة البصرية تتدخل في عملية اكتساب المعلومات من خلال القنوات البصرية، وقد تتدخل أيضاً في القدرة على تمثل هذه المعلومات.

والطفل المولود كفيفاً ينمو كفيفاً لأن عملية التعلم خلال القنوات البصرية تكون محدودة للغاية بالطبع أما الأطفال المكفوفون بعد الميلاد فيسمون بالمكفوفين عرضياً، وقد ينتج هذا العمي بسبب المرضي، أو الحوادث أو التسمم أو بعض الجينات الوراثية التي تظهر بعد الميلاد. وقد ينمو هذا الطفل مثل رفاقه من أطفال الحضانة، الأمر كله يعتمد على تحديد وقت إصابته بكف البصر، لتحديد إمكاناته في التعلم.

فإذا كان لديك فطل كفيف في فصلك فعليك أن تكشف متى حدث له كف البصر هذا، وعلى سبيل المثال هل حدثت له الإعاقة عند الميلاد أم بعد تعلمه

المشي؟ هل كانت قادرة على أن يأكل بمفرده ويلبس بمفرده؟ هل خبراته مماثلة لخبرات أقرانه؟ ما هي ظروف تعلمه؟ وما هي ملابساتها؟ ومن خلال الملاحظة التي سنقوم بل ستكتشف متى حدثت له الإعاقة وظروفها وملابساتها، فضلاً عن تحديد إمكانات الطفل.

تعدد حالات إعاقات العين في الطفولة المبكرة :

بعض الأطفال من السهل تعريفهم وتحديدهم على أنهم يعانون من مشاكل إبصارية تظهر في عيونهم، والآخرون مشاكلهم غير ظاهرة. والأطفال المعوقون بصرياً ذوو العيون ذات المظهر العادي، غالباً ما يأتون بحركات عادية بعيونهم، تنم عن وجود خلل ما أو عيب أو علة بعيونهم عند الإبصار، ويمكن أن يوضحها لنا كشف طبيب العيون وإذا أردت معرفة المزيد من التفصيلات عن هذه الحالات أرجع لقائمة الشرح المفصل لها في نهاية هذا الفصل أما الأسئلة التخصصية فيجب أن تسألها لطبيب العيون الخاص بالأطفال، حيث يستطيع إعطاءك معلومات تفيدك عند إعداد برامجك التربوية.

الإعاقة المشتركة (المتعددة) :

هناك العديد من الأطفال المعوقين بصرياً والذين لا يعانون من إعاقات أخرى. على حين أن هناك مجموعة من الأطفال لديهم مجموعة من الإعاقات،÷ وهذه الإعاقات قد تختلف سلوكياً الإعاقة البصرية ببعض سلوكيات الإعاقات الأخرى لتشابه مظاهرها، على حين نجد أن هناك سلوكيات معينة تميز الإعاقات بعضها عن البعض الآخر.

الأساليب المميزة للمعوقين :

إن الأطفال الذين يعانون من إعاقة بصرية من ذوى الحالات الحرجة قد تتشابه سلوكياتهم المميزة مع بعض سلوكيات الإعاقات الأخرى، وهذه السلوكيات ترتبط بمجال:

1- الانتقال من مكان لآخر، والدبدبة بالقدمين.

2- بهز الجسم

3- بتحريك الأصابع أمام وجوههم، وتشبيك أيديـهم ووضعـها أمـام عيونـهم، أو الحملقة بعيونهم.

4- بعدم التوقف عن ضرب الذات ضرباً خفيفاً أو ضرب اللعب أو أشياء أخرى في أيدهم.

5- باستخدام الطرقعة باللسان.

كل وسائل وأساليب استثارة الذات هذه نلاحظ عنـد الأطفـال ذوى القـدرة الإبصارية المحدودة. وهذه الأساليب تعوض في واقع الأمر حرمان الطفل من الصـور البصرية التي تثير أفعاله، ولك أن تتخيل أثر هذا الحرمان لو أنك فكرت في عـدد مـا تشاهده من صور بصرية في خلال وحدة زمنية معينة تزودك بعـدد لا بـأس بـه مـن المثيرات البصرية التي تثير ردود أفعالك بينما الطفل المعوق بصرياً محروم منها.

ويلاحظ بصفة عامة أن الطفل المعوق بصرياً يلجأ إلي هذه اللزمات السـلوكية أيضاً عندما يخاف من شئ ما يتوقع حدوثه له، أو عندما يفكر بعمـق هـذه اللزمـات تجعل الطفل المعوق بصرياً مميزاً عن الاخرين، وعموماً إذا لاحظت هذه السـلوكيات على طفلك عليـك كمـدرس أن تعـرض علـى الطفـل نشـاطاً بديـلاً يقـوم بـه لأن سلوكيات هذه قد تثير ردود أفعال غير مستحبة لأقرانه نحوه.

عدم التجاوب :

بعـض الأطفـال المعوقـين بصريـاً لا يظـهرون أحيانـاً استجابة أو أي حـب استطلاع وأحياناً،أخرى يبدو أخطاء مثل المتخلفين عقلياً. وعلى سبيل المثـال كيفـين ينكـس رأسـه، وتعبـيرات وجـه لا تعطـي اسـتجابه مناسـبة في بعـض المواقـف الاجتماعية، مما يجعلنا نعتقد أنـه متخلـف عقليـاً. لكـن إذا كـان كيفـين يعـاني مـن اضطرابات بصرية فقط فيمكن بسهولة تفسير هذا السلوك غير المعتاد كالآتي :-

1- إنه ينكس رأسه لأنه لا يريد رفعها ليرى ما أمامه.

2- ربما كان من السهل عليه الإنصات جيداً وهو منكس الرأس.

3- بدون مثيرات بصرية جيدة لا يستطيع المعوق التفاعل مع الآخرين، وتكون النتيجة أن يبدو غير متجاوب.

النمو المتأخر:

الطفل المعوق بصرياً يكون بطيئاً في جوانب نموه المختلفة، لذا يبدو متخلفاً عقلياً، ويشخص سلوكه تشخيصاً خاطئاً. ويبدو هذا الضعف في المجالات التالية : المعرفية الاجتماعية، اللغوية، الحركية، القدرة على الاستقلال. ويبدو هذا التأخر عميقاً عندما لا يتلقى الطفل المعوق بصرياً أي مساعدة من أبوابه لاكتساب المهارات الأساسية للتكيف.

ويفضل التدريب الحركي والتشجيع نمت قدراته الحركية بالتدريج وأصبحت حركاته أكثر طلاقه، واكتسب خبرة أكثر في الاعتماد على النفس، وهكذا أصبح ناداو أكثر قدره على الحركة في الروضة وفي فنائها.

وهكذا نجد أنه برغم محدودية الرؤية وبساطة القدرات الحركية، عند تاداو فإنه لا يعاني من التخلف العقلي.

محددات الاختبارات :

إن أي تقويم لنمو الطفل يتطلب الأخذ في الاعتبار : حالته الصحيــة، وتقريراته الصحية، واتجاهات والديه، كما يتضمن استعلامات عن بيئته المنزلية، والخلفية الثقافية للطفل، وخبراته التعليمية وملاحظة أدائه وأدوات التقويم لا تعكس كل هذا لهذا فلا يمكن الاعتماد عليها وحدها في تقويم الطفل. وهناك بعض المقاييس الصادقة التي يمكن استخدامها مع أطفال الروضة المعوقين بصرياً، ومقاييس أخرى تستخدم للأسوياء.

وهناك معايير الإنجاز التي تستخدم في القوائم أو المقاييس وتدل على نمو الطفل فضلاً عن الخبرات النوعية الخاصة بالنمو اللغوي والاستكشافي في البيئة

المحيطة، لكنها لا تستخدم في الدلالة على وجود تأخر عقلي للطفل للتعرف على مستوى نمو الطفل، واحتياجاته للتعلم.

التعرف على المشكلات لتحديدها :

عادة ما يدخل الأطفال برنامج الهيدستارت وقد تم تشخيصهم على أنهم معوقون بصرياً. وبعض الآباء يحتاجون لمساعدة وتشجيع من قبل المدرسين للتعرف على كيفية مواجهة المشكلات السلوكية الطارئة على أطفالهم، ومن هنا فالتشخيص ضروري لفهم أساليب حاجات الطفل لمدن بالخدمات المناسبة لمعالجة قصور نموه.

والمدرس هو الإنسان أو الشخص الأول في حياة الطفل الذي يستطيع ملاحظته وتقديم الخدمات الخاصة له والتي تستطيع إشباع حاجاته.

وبالتالي فإن مسئولية المتخصصين في تحديد نوع إعاقة الطفل، وعلى هيئة الهيدستارت ملاحظة مشاكل إبصار الأطفال وعرضها على طبيب العيون.

وبالتالي فإن مسئولية المتخصصين هي تحديد نوع إعاقة الطفل، وعلى هيئة الهيدستارت ملاحظة مشاكل إبصار الأطفال وعرضها على طبيب العيون.

الخطوات العامة المرشدة أو الموجهة لعمل المدرس :

♦ تعلم الملاحظة بعناية :-

عندما نلاحظ فصلك وتتحدث مع الآباء من ملاحظاتك عن أطفالهم، كل هذه المصادر تعتبر أساسية في تحديد الاحتياطات الخاصة بتشخيص احتياجات الطفل. فيجب عليك ملاحظة الطفل وتدوين هذه الملاحظات، وذلك كله سيعينك علي تخطيط النشطة التي يحتاجها الأطفال..

♦ استعن بالمتخصصين :

عندما تلاحظ أن الطفل يعاني من مشكلات بصرية فعليك إرجاعه للمتخصص الذي سيشخص حالته، فإن كان غير معاق فلا ضرر في ذلك، وإن كان

معاقاً فسيلقى الرعاية المناسبة، وإذا دخل الطفل على أنه معوق بصرياً أي دخل المشروع ولديك شك في ذلك، فعليك بإرجاعه لإعادة تشخيصه، فمكانية وجود خطأ تشخيصي.

علامات وجود مشكلة بالعين :

في القائمة التالية ستجد ما يساعدك على معرفة الأطفال ذوى المشكلات البصرية فافحص القائمة جيداً ولو وجدت أي طفل لديك يبدى أن من السلوكيات المدرجة بالقائمة جيداً ولو وجدت أي طفل لديك يبدى أي من السلوكيات المدرجة بالقائمة، فهذا يعني أنه ربما يعاني من مشكلة بعينها.

قائمة الملاحظة :

السلوك	نعم	لا
- يدعك عينية كثيراً.		
- يقفل عينيه أو يضع شيئاً على إحدى عينية أو يقرب رأسه جداً من الشئ الذي يريد أن يستكشفه.		
- يحك عينيه كثيراً أكثر من المعتاد عندما يؤدي عملاً.		
- عندما لا يقدر على رؤية الأشياء يجلس بعيون نصف مفتوحة ويقطب حاجبيه.		
◆ **الظواهر :**		
- تحريك اتجاه العين من اتجاه لآخر عدة مرات.		
- حمرة الجفون.		
- العين ملتهبة ومدمعة.		
- التهاب الغدد الدمعية أو الجفون.		
◆ **الشكوي :**		

السلوك	نعم	لا
- أكلان الجفون أو الإحساس بالرغبة في دعكها. - لا يرى شيئاً - يشعر بدوار أو وجع بالرأس - عدم وضوح الرؤية أو تعتيمها أو ازدواجها (زغللة)		

قائمة الملاحظة :

إذا كان لديك طفل بدا عليه أي سلوك من السلوكيات المدرجة بالقائمة السابقة فعليك بإتباع الآتي :-

1- الاتصال بمن يستطيع تقديم المساعدة لك : الطبيب - المرضة - الوحدة الصحية، كما عليك الاتصال بالآباء للذهاب بطفلهم لطبيب العيون للعلاج.

2- أشرح للآباء أهمية التشخيص العلاجي بالنسبة لطفلهم، والتشخيص مفيد في اتخاذ الإجراءات الطبية اللازمة، وفي مساعدتك على تخطيط النشطة التي تقابل وتشبع احتياجات الطفل.

3- أثناء انتظارك لنتيجة تشخيص الطفل :

- تكلم مع الآباء عما يلاحظونه على طفلهم فهذا سيجعلك تتعامل معه بفعالية أكثر.
- استمر في الملاحظة وتدوينها فذلك سيساعدك في تخطيط النشطة.
- انظر هل تقريب الأشياء من الطفل قد ساعده أو سيساعده في العمل.
- تأكد من أنك تستخدم كل ضوء الشمس المتاح لك بالفصل، وتأكد من أن إضاءة الغرفة مناسبة لكل طفل.
- شجع الطفل أو الطفلة على استخدام كل إمكاناته البصرية واستخدام كل عينيه للعمل واللعب مع الأقران.

- الفصل الرابع سيمدك بالخطوط المرشدة لتنفيذ الأنشطة مع المعاق بصرياً، واستخدم الأنشطة المقدمة لك لو كانت مناسبة لعملك مع ظروف طفلك المعاق.

4- عليك أن تعرف هل برنامجك الحالي يتفق فعلاً وحاجات الأطفال أم من الأفضل تغييره. ناقش نتائج الاختبارات مع الآباء، وأي مقترحات لتغيير الخدمات المقدمة للطفل في ضوء المتغيرات الجديدة وما ينبغي أن تكون عليه هذه الخدمات (منال هنيدي وعواطف إبراهيم 2006).

طرق إشباع حاجات ذوي المشكلات البصرية :

1- عاطفة اعتبار الذات عند الطفل :

عاطفة اعتبار الذات جوهرية وأساسية في نمو الطفل، وهناك أشياء متعددة تسهم في إشعار الطفل بذاته كقدرته على أداء الأشياء، ونجاحه في النشاط الذي يقوم به، وشعوره بتقبل الآخرين له، وحبهم له والجدير بالذكر أن اعتقاد الناس أن الطفل المعوق لا يستطيع شيئاً بسبب إعاقته، قد يكون سبباً مباشراً في عدم اهتمام الطفل ببذل الجهد.

ولذا تستطيع أيها المدرس تنمية مفهوم إيجابي للطفل عن ذاته بإتباع الآتي :-

1. تفهم حاجات الطفل وإشباعها.
2. تقبل الطفل وإشراكه بشكل منتظم في النشاط اليومي.
3. الاستعداد لمساعدة الطفل في إنجاز عمل يختاره ويشبع حاجة من حاجاته.
4. البدء بإعطاء الطفل عملاً يتفق واستعداداته.
5. السماح له بالتعلم وتحسين مهاراته بمعني تهيئة ظروف أدائه.
6. تركه يختار ويجرب العمل الذي يحب إنجازه.
7. توقع له أن يتقدم في الأداء.
8. تابع جهوده وقدرها حتى لو كان التقدم بسيطاً.

9. مناقشة تقدم الطفل مع الآباء لكي يشاركوا في نجاح الطفل المدرسي.

2- المهارات الحركية :

إن نمو الطفل الحركي يعتمد على مهارات الطفل في الاستكشاف والتحرك ورؤية الأشياء والإحساس بها، فهو يتعلم من خلال رؤيته للأشياء المثيرة لاهتمامه والتعامل معها والطفل المعوق بصرياً محروم من المثيرات البصرية للوصول للعب أو الوقوف أو المشي أو الجلوس في مكان مجهول بالنسبة له.

كذلك فإن قدرته على التعلم من خلال التقليد محدودة جداً، وهذا يعني تأخره النسبي في الأنشطة والمهارات المتطلبة لنمو عضلاته الغليظة (الكبيرة) والدقيقة فالغليظة تستخدم في تحريك (الذراع، الجذع، اليدين، القدمين)، والدقيقة تستخدم في تحريك عضلات العين والأصابع ونلاحظ أنه ليس من المألوف تأخر هؤلاء الأطفال في المشي، ويستطيع الطفل المشي ببطء ويحذر، ولا يستطيع التمتع بالجري، فهو لا يجرى إلا عند التأكد من خلو مجال المشي ببطء ويحذر، ولا يستطيع التمتع بالجري، فهو لا يجرى إلا عند التأكد من خلو مجال اللعب من المقومات التي تحد من حركته.

وبعض مهارات العضلات الغليظة كالحجل والقفز أو اللعب بالكرة يتعلمها الطفل عن طريق التقليد، فالطفل ينتظر لرؤية الحركات الخاصة بهذه العضلات ثم يقلدها بعد رؤية حركات الآخرين. وعلى سبيل المثال أغلب الأطفال يتعلمون القفز العادي بعد رؤية الآخرين وتقليد حركاتهم، فالطفل ذو الرؤية الضعيفة سيتعثر في تأدية هذه المهارات، وبالتالي فإن تدريبه للعمل يحتاج لتدريب كبير لإكسابه المهارات الحركية المطلوبة.

3- مهارات الاستقلال :

يعد تعلم مهارات الاستقلال في اللعب والعمل خطوة أساسية في نمو الطفل المتكامل. ونتوقع نحن المدربين اكتساب الأطفال المعوقين بصرياً لهذه المهارات في وقت أطول من الوقت المطلوب للأسوياء ويخطط خاصة بهم. فمثلاً يدخل بعض

الأطفال برنامج الهيدستارت غير قادرين على الاستقلال أو بقدره بسيطة على مساعدة ذاتهم، فهم يحتاجون لمن يساعدهم على ارتداء الملابس، الذهاب إلي الحمام وتناول الطعام، لأنهم يحتاجون لتعلم هذه المهارات، على حين أن البعض الآخر يدخل ولديه القدرة على القيام بهذه المهارات. وهنا يأتي دورك كمدرس في تشجيع غير القادرين وتدريبهم على الاستقلال، وكل هذا موضح بالفصل الرابع.

4- المهارات الإدراكية :

كل الأطفال يتعلمون بالاستكشاف عن طريق استخدام حواسهم في الحصول على المعلومات. وأهم حاسة تكتسب من خلالها المعلومات هي حاسة الإبصار، لذلك فالأطفال المعوقون بصرياً سيعتمدون أكثر على سائر حواسهم كالسمع، التذوق، اللمس، الشم وهم يعتمدون بدرجة أكبر على اللمس أو الإحساس لتدعيم طرق اكتشافهم للعالم.

وقد تلاحظ أن المعوق بصرياً يقضم الأشياء بفمه. وهؤلاء الأطفال إذا لم يكتسبوا خبرات محسوسة مع الكلمات التي يسمعونها فإنهم لن يفهموا هذه الكلمات، وعلى سبيل المثال لو أردت أن تصف لطفل معوق بصرياً البرتقالة، فإن الوصف الكلامي وحده لن يكفي، فالطفل يحتاج لأن يعرفها بحواسه بمعني أن يلمسها بيديه فيعرف حجمها، وسطحها لونها، وملمسها، ورائحتها، وطعمها.

وبالنسبة لكل الأطفال فإن نمو المفهوم عندهم يعتمد على الخبرات الحسية، وبالنسبة للمعاقين بصرياً فهم يحتاجون لهذه النوعية من الخبرات، لذلك وأنت تحدثهم عليك الاهتمام بمعرفتهم التامة بالخصائص الحسية للمفهوم الذي تشرحه لهم بسائر حواسهم فتناقش هذه الخصائص معهم وتجعلهم يخبرونها حسياً. وبهذه الطريقة عندما يكبرون كراشدين ستكون لديهم مفاهيم صحيحة عن الأشياء أما الاعتماد على الألفاظ فقط سيؤدي لنمو المفاهيم بشكل خاطئ عندهم.

5- المهارات اللغوية والتعبيرية :

يعتمد الأطفال المعوقون بصرياً اعتماداً كبيراً على حاسة السمع في

استقبال المعلومات الآتية من البيئة الخارجية، لاسيما المعلومات اللفظيــة، وهـذا غالباً ما يؤدي إلى زيادة أنتباهم للأصوات ووعيهم بها، مما يحفزهم علــى تطويـر مهارات اللغة والحديث، وقد تلاحظ أن المعوق بصرياً يكـون أداؤه طيبـاً عندمـا تكون المعلومات لفظية، وكذلك يتمتع بذاكرة قوية بل وممتازة، وعلى الرغم مـن ذلك فإن القدرة علـى استخدام الكلمـات لا يعـني الفـهم المطلـق هـلا. فكـل الأطفال يحبون تكرار وإعادة الكلمات فهم يستمتعون بالأصوات المكــررة. فـإذا لاحظت أن طفلاً أو طفلة يكرر كلمــات أو جمـلاً معينـة في كلامـه، فـهذا يعـني حاجته الملحة لفهم ما يقول. فمثلاً تبدي يكــرر دائمــاً " أنـت بالخـارج "، وهـذه العبارة قد يكون سمعها بالمذياع أو شاهداً بالتلفاز في مباراة كرة القــدم مثـلاً أو شاهدها بفيلم وهذا ما يفعلــه سـار الأطفـال عندمـا يفـهمون فـهماً بسـيطاً مـا يقولونه. وعندما شرحت له المدرسة هذه الكلمات وكيفية استخدامها، بدأ تيدى في استخدامها بشكل صحيح.

والجدير بالذكر لابد من تدريب ضعاف البصر على اسـتقبال المعلومـات غـير اللفظيـة وسـتجد أنـهم سيحدثونك كثـيراً عـن أنفسـهم وسيسـتخدمون مــهارات الملاحظة في تعلم التعبيرات المختلفة، وقد يصاب بعض الأطفال بالإحباط والأنطواء لفشلهم، ولكن ملاحظتك لأدائهم وتفهمك لما يقوله الأطفال عن أنفسهم مهم جداً في فهمك لحاجاتهم ولمعاونتهم عند الحاجة.

6- المهارات الاجتماعية :

نلاحظ عادة الأشخاص المحيطين بالطفل المعوق بصريـاً يسـاعدونه في تقريـب العالم له وأنت كمدرس تستطيع أن تجعل العالم أكثر إمتاعــاً لـه باسـتخدام خبراتـهم السابقة والحالية على السواء والأطفال المعــاقون بصريـاً كسـائر الأطفـال، يفضلـون الأشخاص عن الألعاب، فهم لديهم فضول في معرفة الآخرين، هذا الفضـول يبـدو من خلال أسئلتهم، ومن خلال لمسهم للناس ليعروا المزيد عنهم، كما أنهم قــادرون على الدخول مع الراشدين في محادثات حول ما يثير اهتمامهم.

والعلاقات التي يكونها الطفل مع الأطفال الآخرين تعتمد إلي حد كبير على المشرفين عليه ومشاعرهم نحوه، فإذا عاملت الطفل كعضو في جماعتك فستجد الأطفال الآخرين قد عاملوه بالمثل. والأطفال الآخرون يمكنهم أن يدركوا مشاعرك تجاه الطفل المعوق من خلال نبرات صوتك، هل هي دافئه فيها تقبل ؟ أم باردة منبعها الرفض ؟ وقد يسألك الأطفال الآخرون، لماذا يسلك المعوق سلوكيات غير مألوفة ؟ فيمكن أن تكون إجابتك ببساطة مناقشة للفروق الفردية بيننا كأفراد فمنا الأبيض والأسود، الطويل والقصير، ذو الشعر الناعم أو المجعد، وكذلك من يرى جيداً ومن لا يرى (منال هنيدي، مرجع سابق).

وقد يكون من الصعب على المعوق بصرياً محدود الرؤية الانضمام لجماعة اللعب في الملعب، ولكن بالتشجيع والمساعدة منك أو من طفل آخر، يمكن للمعوق التغلب على الصعوبة التي يجدها.

4- مشكلة فقدان السمع الجزئي :

تحدث المشكلة في البداية يشعر الإنسان بعجزه عن إدراك بعض الأصوات الحادة، ويبدأ في مواجهة بعض الصعوبة في فهم الكلمات. بعد ذلك، يبدأ في الشعور بضعف في حدة الصوت. وللأسف فإن العديد من الأشخاص المسنين يستمرون في تجاهل ضعف حاسة السمع لديهم مما يخلف لديهم آثاراً سلبية تزداد خطورة مع الوقت كما تذكر أمل أمين.

وفيما يلي إيضاح للخطر من بعض الأشياء في ضوء درجات على سلم الديسيبل.

جدولي (1)، (2) يوضحان درجة خطورة الأصوات على السمع

مستوى الضوضاء العادية		صاخبة ولكن محتملة		
65 ديسيبل	70 ديسيبل	80 ديسيبل	85 ديسيبل	90 ديسيبل
التليفزيون	الشخير	المكنسة الكهربائية	المترو	الضوضاء المكانية في الأماكن المفتوحة
نافذة تطل على الشارع	فصل في المدرسة	نباح الكلاب	جرس الهاتف	

جدول رقم (1)

شديدة الصخب وخطيرة				أشد خطراً
95 ديسيبل	100 ديسيبل	105 ديسيبل	110 ديسيبل	130 ديسيبل
نافذة تطل على الشارع	صالات الرقص	الووكمان ذو الصوت المرتفع	الحفلات الموسيقية (حفلات الروك)	المطرقة الآلية
مقصف المدرسة	الدرجات النارية			

جدول رقم (2)

وكما هو معروف تشكل الأصوات التي تزيد حدتها على 85 دسيبل، خطراً حقيقياً على الأذن.

التشخيص:

تعتمد خطة تقسيم الطفل المصاب بنقص أو ضعف السمع على الخطوات التالية:-

أولاً: المعلومات الأساسية المأخوذة من التاريخ المرضي وهي مهمة جداً وتؤخذ من الأهل حيث نسأل عن :

1. انتباه الطفل للأصوات العالية.
2. تطور الكلام عند الطفل بالنسبة لأقرانه.
3. قصة سيلان الأذن.
4. قصة التعرض للرض على الرأس.
5. إصابة الطفل بحمى أو التهاب سحايا أو يرقان أو ولادة عسيرة وزرقة أثناء الولادة.
6. تناول الأم للأدوية أثناء الحمل وخاصة الأمينوجليكوزيدات.
7. وجود تاريخ عائلي لنفي نقص السمع الوراثي.

ثانياً: الفحص السريري: تنظيف مجرى السمع جيداً، فحص غشاء الطبل واستخدام منظار سيكل لتحرى وجود انصباب في الأذن الوسطي، فحص البلعوم والأنف، تقييم التطور النفسي الحركي للطفل ومدي استجابته للأصوات العالية. تقييم درجة تطور الكلام عند الطفل.

ثالثاً: الإثبات: ليس كل طفل نتوقع أن لديه نقص سمع هو مصاب به فعلاً، لذلك تطورت برامج عديدة من وسائل إثبات نقص السمع ومنها.

1. تخطيط السمع بالنغمة الصافية ويتم ذلك مع الأطفال المعاونين فقط.
2. تخطيط المعاوقة السمعية ومكن إجراؤه بأي عمر.
3. تخطيط جذع الدماغ الكهربائي ويمكن إجراؤه بأي عمر.

رابعاً: تحديد نموذج نقص السمع ودرجته: من المهم تحديد نموذج نقص السمع.

أ- نقلي توصيلي : أي تتداخل الآفة بنقل الأصوات من مجرى السمع إلي غشاء الطبل ثم إلي العظيمات السمعية ثم إلي النافذة البيضية.

ب- نقص السمع الحسي العصبي.

جـ- أي تكون الآفة على مستوى الحلزون أو العصب الثامن أو كليهما أو على مستوى الجملة العصبية المركزية.

د- المختلط: أي يحدد نقص السمع بالطريقتين الهوائي والعظمي معاً وتبقي بينهما فجوة بالتخطيط وتكون الإصابة على مستوى الجهاز الناقل والحسي العصبي معاً.

والضعف السمعي التوصيلي أو النقلي لعضو السمع نوع من الإعاقة لا يؤدي إلي تأخر نمو اللغة عند الطفل، ولكن يؤدي إلي تأخر التحصيل الدراسي. أما الضعف السمعي الحسي العصبي فيحدث عندما تصاب القوقعة أو المسارات العصبية، وهذا النوع يؤدي إلي تأخر نمو اللغة لدى الطفل. أما النوع الثالث يسمي الضعف السمعي المزدوج إذا كان هناك قصور في الساحتين التوصيلية والعصبية.

مشكلة الإعاقة السمعية :

إذا حدثت الإعاقة بعد الولادة مباشرة، وحتى فترة عامين. فالطفل في هذه الحالة يصبح أكثر عرضة للانعزال والإنطواء. أما إذا حدثت بعد سن 5 سنوات، فإن وظيفة التخاطب اللفظي لا تتأثر. وإذا حدثت في سن المدرسة فإن التأثير السلوكي يقتصر على عدم القدرة على التحصيل الدراسي للطفل واحتفاظه بصداقة الآخرين.

وفي دراسة أجريت أخيراً في وحدة السمع في مستشفي جامعة عين شمس توصلت إلي أن الطفل الذي يعاني ضعفاً في السمع منذ الطفولة المبكرة يعاني حدوث اضطرابات نفسية متعددة فيما بعد. فيكون أكثر عدوانية نتيجة انعزاله الاجتماعي. وقد أجريت الدراسة على 30 طفلاً يعانون ضعفاً سمعياً وتتراوح أعمارهم بين 7 أشهر و 15 سنة. وقد أظهرت هذه الدراسة أن 30٪ من الأطفال يعانون ضعفاً في اللغة، و 26 ٪ منهم لديهم تأخر في مؤشرات النمو الأخرى.

إن أسباب إصابة الطفل بضعف السمع متعددة، لكن أكثرها شيوعاً هو إصابة الأم أثناء الحمل بالحصبة الألمانية حيث سجل هذا العامل لدى نسبة 35٪ من إصابات الأطفال بالإعاقة السمعية، يليه تناول الأم لبعض العقاقير أو تعرضها

للأشعة أثناء الحمل، أو المشكلات التي تلي فترة الـولادة مثـل نقـص الأكسـجين أو إصابة الطفل بالصفراء، أو ولادته قبل ميعاد الولادة الطبيعي أو نقص وزنة. ورغـم ذلك فإن 50٪ من أسباب فقد السمع يمكن تجنبها.

ومن المهام التأكيد على أنه قبل البدء في مرحلـة العـلاج، لابـد مـن الوقـوف على نوعية ودرجة هذا الضعف ويتم ذلك عن طريق قيام الطبيب المختـص ببعـض الفحوصات السمعية كمـا ذكرنـا كقيـاس السـمع بالنغمـات أو الكمبيوتـر وقيـاس ضعف الأذن الوسطي، وقياس القوقعة السمعية عن طريق الانبعاث الذاتـي، وهـذا الاختبار آخر ما توصل إليه العلم في مجال قيـاس القـدرات السـمعية، وعـن طريقـه يمكن قياس كمية وحركة الشـعيرات السـمعية داخـل القوقعـة وتشـخيص أمـراض الأذن المختلفة، ويمكن عن طريقه قياس سمـــع العـاملين في الأمـاكن ذات الصـوت العالي التي تصل فيها الأصوات المرتفعة إلي 85 أو 90 ديسيبل فـهذا هـو الحـد الـذي يشكل خطراً على السمع.

ويكون علاج الضعف السمعي متى تم تشخيصه إما بالأدوية، كما في حـالات الالتهاب الحاد بالأذن الوسطي وإرتشاح خلف طبلة الأذن، أو عــن طريـق العـلاج الجراحي إذا لم يشف الارتشاح بالأدويـة، وإذا كـانت هنـاك حـالات تيبـس عظيمـة الركاب أو حالات تحتاج إلي ترقيع طبلة الأذن.

5- مشكلة الاضطرابات اللغوية :-

يعاني الكثير من الآباء وينتابهم القلق والتوتر عندما يتأخر أطفـالهم في النطـق والكلام.

وفي العادة يبدأ الطفل الطبيعي في إصـدار بعـض الكلمـات عندمـا يصـل إلي العام الأول أو أوائل العام الثاني من عمره.

وكلماته مقصورة – آنئذ – على 2 إلي 6 كلمات.. ثم يتابع الطفل بسرعة بطيئة في زيادة مفرداته تبعاً لمستوى نموه العقلي، ولما يتاح له في بيئتــه المنزليـة مـن مجـالات التقليد والسماع والمحادثة والتشجيع.

وعادة ما تكون كلمات الطفل عندما يصل إلى عامة الأول، تمثل أصواتاً ذات معني وقد يتأخر الطفل الطبيعي عن هذا العمر بعدة أشهر، ويختلف الوضع باختلاف الأطفال.. فالطفل الذي يلاقي رعاية الآخرين، يصبح ودودا وعادة ما يبكر ذلك في عملية النطق، أما الطفل الهادئ الذي لا يلقي ذات الرعاية، قد يمضي وقتاً أطول في مراقبة الناس من حوله، قبل أن تتكون لديه الرغبة في النطق بأية أصوات.

وقد يصل الطفل إلي سن الثانية أو الثالثة دون أن يصل إلي المستوى اللغوي العادي، اي أن هناك مواليد لا يتبعون السلم الطبيعي في تكوين المفردات اللغوية وفي هذا ما يسبب الإزعاج عند بعض الآباء ويعرض عبد المجيد نشواني 1998 بعض الأسباب الخاصة بمشاكل التأخر في النطق والكلام أو ما يعرف بالتخلف في بدء الكلام فيقول أن : التأخر في النطق والكلام له أسباب عديدة منها الصحة والعضوية والبيئية والاجتماعية والأسرية التي ينشأ فيها الطفل، أو قد تكون هناك أسباب انفعالية وراء ذلك.

هذه الأسباب منها ما يمكن السيطرة عليها، وبالتالي يمكن معاونة الطفل على بدء النطق والكلام ومنها ما توجد صعوبة في التحكم في علاج أسبابه مما يؤخر ويبطئ النمو اللغوي الطبيعي عند الطفل.

فمن أسباب التخلف في بدء الكلام عند الطفل ما يلي :

أولاً : الأسباب الصحية :

كالضعف الصحي العام للطفل أو إصابة أجهزة النطق بخلل أو ضعف أجهزة الاستقبال السمعية، وإن كان الطب البشري في هذا المجال قد تقدم تقدماً ملحوظاً إلا أنه يجب أن نوضح أسباب الخلل والاضطرابات اللغوية نتيجة :

1- الصم والبكم: فالأطفال الذين يولدون فاقدي حاسة السمع أو يفقدونها نتيجة أمراض الطفولة قد يواجهون صعوبة كبيرة للغاية، وهم يظلون عاجزين عن النطق، ما لم تلاحق حالاتهم منذ سنوات طفولتهم الأولي. والصمم إما أن يكون

جزئياً وهذا يمكن علاجه عن طريق استخدام الأجهزة السمعية أو الإليكترونية وهي أجهزة معينة تثبت في الأذن وتستطيع أن تكبر حجم الصوت ليصل إلي الدقة المطلوبة التي تمكن الطفل من النمو الطبيعي أو أنه صمم كلي وهو الذي يكون فيه الجهاز السمعي عند الطفل معطلاً بطريقة كاملة، فقد أمكن تعليم الأطفال النطق بشكل آخر عن طريق قراءة الشفاه لفهم ما يقال لهم، وهذه الطريقة تعرف باللغة الخاصة. ونود الإشارة إلي أن الجهاز السمعي عند الوليد يمكن التأكد من سلامته عندما يستجيب الوليد للأصوات الخافتة الضعيفة ثم يتطور النمو السمعي فيميز الدرجات المختلفة للأصوات المتباينة على أن قوة التمييز السمعي تتطور تطوراً سريعاً من السنة الثالثة بعد الميلاد حتى العاشرة، ثم تكاد تصل إلي نضجها الصحيح بعد الثالثة عشرة بقليل.

ولحاسة السمع أهمية بالغة في اكتساب اللغة عند الأطفال فهي إحدى الدعائم الأولي التي تقوم عليها المهارة اللغوية.

والصم بنوعيه الجزئي والكلي يعوق النمو المعرفي لإعاقته النمو اللغوي، لذلك ينصح بفحص الطفل المتخلف في النطق والكلام، فحصاً طبياً للتأكد من سلامة الجهاز السمعي.

ومن الصعوبة عند الآباء إدراك صمم الطفل للدرجة التي تمنعه من سماع الكلام ومحاولة تقليده، والسبب وراء ذلك هو أن الطفل ضعيف السمع أو البصر، يعوض في ذلك في السن المبكر بنشاط زائد ويقظ في باقي الحواس. تمكنه من أن يستجيب استجابة كافية لما يحيط به من مؤثرات بيئية.

وقد يستمر ضعف السمع عند الطفل لعدة سنوات دون معرفة من الطفل نفسه أو من ذويه، الأمر الذي يعيق الطفل في نموه اللغوي السليم.

2- **تشوهات فميه**، فقد توجد بعض تشوهات خلقية في الفم عند بعض الأطفال وتكون من أسبابه تأخر النطق والكلام، مثال ذلك قد يولد بعض الأطفال بدون لسان (عضو من أعضاء الكلام وخروج الحروف) أو بحلق مشقوق. ويمكن لهؤلاء اكتساب اللغة رقم أن نطق الكلام قد لا يكون سليماً.

3- ضعف أو فقدان البصر قد لا يعرف البعض أن الجهاز البصري له صلة كبيرة بأجهزة النطق، فاللغة لها مظاهر منها المنطوق والمسموع والمكتوب. والحواس المتصلة باللغة معروفة، فحواس الشم والذوق واللمس وجميعها لها أهميتها في اكتساب اللغة بوجه خاص،وفي استعمال اللغة بوجه عام.

وحاسة البصر هامة في اكتساب اللغة من حيث دلالة الألفاظ على الأشياء المرئية، وفي العادة يهتم اللغويون ورجال التربية بهذا النقص من الناحية التطبيقية.

والمعروف أن معظم الأطفال المكفوفين يكتسبون اللغة بطريقة طبيعية تقريباً عن طريق مساعدة الأهل والرفاق قبل دخولهم المدارس.

ومن المعروف أن طريقة (برايل) اخترعت لمساعدة المكفوفين باستخدام حاسة اللمس في تعلم القراءة والكتابة.

ثانياً: الأسباب العضوية :

من الأسباب العضوية التي تؤدي إلي التخلف في بدء النطق والكلام ما يأتي:-

1- ضعف أجهزة النطق، فعند وجود خلل في أجهزة النطق لا يتمكن الطفل من الكلام، إلا عندما يرغب في مخاطبة الآخرين، وقد يكون الخلل في المراكز العصبية التي تضبط جهاز النطق أو في مركز الروابط المعنوية، إذ يسمع الطفل الكلام دون أن تثار في ذهنه معاني الكلام.

2- الإصابة المرضية للطفل أثناء الولادة، حيث يرى دكتور (إيريك ليثنبرج) في كتابه (المظاهر البيولوجية للغة) أن الكلام يعتمد على وجود أجهزة حيوية تعمل بطريقة آلية في الجهاز العصبي المركزي للجسم تختص باللغة. ومكانها الأساسي (الدماغ) والأطفال المتخلفون في اكتساب ونمو القدرة اللغوية نتيجة لإصابات أثناء الولادة في أدمغتهم أو بعد الولادة مباشرة، بإمكان هؤلاء الأطفال اكتساب اللغة إن كان نموهم يوجد في بيئة عادية يسمعون فيها الكلام من حولهم ويتعاملون مع من يعيشون معهم في هذه البيئة.

3- ضعف المستوى العقلي قد يزعج الآباء عندما يدور بخلدهم أن تأخر النطق دليل على تأخر النمو العقلي.. وقد يسبب ذلك اضطرابا عند الآباء.. ونود أن تطمئن الآباء فإن بعض الأطفال المتأخرين عقلياً يتأخرون في تعلم النطق والكلام، ولكن الكثير منهم ينطقون بالألفاظ في وقتها العادي.

ومن مظاهر الضعف العقلي - في بعض الأحيان - عدم قدرة الطفل على الجلوس بمفرده، حتى العام الثاني من العمر، ومثل هذا الطفل يتأخر أيضاً في النطق والكلام.

وليطمئن الآباء فإن أكثر الأطفال الذين يتأخرون في الكلام حتى العام الثالث من العمر يتمتعون بذكاء عادي، بل إن بعضهم قد ترتفع نسبة ذكائه عن المعدل المتوسط.

وعند انخفاض نسبة ذكاء الطفل يقل تقبل الطفل للمثيرات من حوله يضعف تركيز انتباهه في سماع أحاديث من حوله، كما يكون عاجزاً عن التقليد والمحاكاة في الكلام.

ونود أن نطمئن الآباء أنه ليس من الممكن الجزم بأن المتخلفين في النطق والكلام متخلفون في المستوى العقلي.

ثالثاً : أسباب انفعالية :

قد يتعرض الطفل في نهاية العام الأول بعد ميلاده لصدمات انفعالية كأن يؤخذ من الأسرة والوالدين، بسبب الطلاق أو مرض أحد الوالدين أو موته أو غير ذلك من الأسباب العائلية، أو أن يوضع الطفل في مؤسسة حيث يشعر بحرمان عطف الوالدين وحبهما فهو يشعر والحال كذلك بأنه يعاقب على جرم فعله ويحل به الخوف مما يجعله يحجم عن الكلام خشية أن يزداد عقابه، ويظل هكذا حتى تعود ثقته في البيئة الجديدة.

وشبيه بهذا.. الطفل الذي يصاب بصدمات عصبية ناجمة عن إصابات جسيمة حادة أو حادث مؤلم، فإن هذا بدوره يؤثر على جهاز العصبي وعلى حالته الانفعالية مما يؤدي إلي إحجامه عن الكلام.

إضافة إلي هذا فإن العلاقات الأسرية غير الطيبة تؤثر بدرجة كبيرة على الحالة الانفعالية للطفل مما يتسبب عنها إعاقة الكلام عنده.

رابعاً : أسباب خاصة بالمحاكاة والتقليد اللغوي :

يتخذ الطفل في بدء نموه اللغوي نموذجاً يقوم بمحاكاته وتقليده في الحديث، وعادة ما يكون النموذج هو ألصق أفراد الأسرة بالنسبة للحياة الاجتماعية للطفل كالأم والمرضعة، وقد لا تحاول الأم أو المرضعة مناغاة الطفل ومداعبته أو الحديث معه مما يضعف اكتسابه اللغوي لعدم وجود فرص كافية أمامه للمحاكاة والتقليد اللغوي.

وقد لوحظت هذه الظاهرة بين الأطفال من مستوى الذكاء المتوسط، وفي بعض الأحيان نجد أطفالاً نسبة ذكائهم عالية، وتشرف عليهم مربيات قليلات الكلام أو لهن لغات أخرى، أو في لغتهن عيوب في النطق أو النمو، أو يتكلمن بسرعة لدرجة لا يتميز معها النطق فيكون لهذا أثره في تخلف الطفل اللغوي.

خامساً: أسباب اجتماعية :

قد يحرم الطفل من التعبير عن حاجاته لقلة ما يتعرض له من تجارب عامة أو خبرات، وقد يكون مرجع ذلك ظروفاً اقتصادية واجتماعية كأن يعيش الطفل في منزل متواضع مع والديه دون وجود أطفال آخرين للتحدث إليهم، وبذلك لا تنمو تجارب الطفل ولا تنمو لغته.

فالطفل قبل بدء الكلام لابد وأن يكون لديه ما يتحدث عنه كما أن عدم وجود وسائل الإعلام يضعف من وجود الأفكار التي تستدعي الألفاظ والعبارات التي تمكنه من أن يعبر بها عن حاجاته وأمور معيشته، لهذا فإن عدم وجود البيئة المناسبة التي تشجع الطفل على اكتساب المفردات وعدم إتاحة الجو المشبع للطفل في كثرة المحادثة المركزة فيما يتصل بضرورات حياته المباشرة، فإن كل هذا يعيق بدوره النمو اللغوي أفضل.

سادساً : أسباب خاصة بالعناية الوالدية :

قد يحرص الوالدان بدرجة كبيرة أثناء نمو الطفل على تفوقه والتبكير بالمشي أو الجري أو الكلام، رغبة منهم في تفوق الطفل على أقرانه، وقد يجد الطفل في ذلك صعوبة لضعف أحواله الجسمية والعقلية والنفسية، وقد يدرك الطفل أن الوالدين يتوقعان دائماً أكثر مما يقوم به. فتثبط همته ويجد صعوبة في التعبير عما في نفسه.

وقد يرفض الطفل المحاولات التي تبذل معه لجذبه للحديث. اقتناعاً منه بأن الامتناع أفضل من المحاولات التي لا ترضي والديه.

وتؤثر الرعاية الوالدية والمعاملة التي يعامل بها الطفل داخل الأسرة بدرجة كبيرة على بدء النطق عند الطفل، فإذا كانت الأم تلتزم الصمت باستمرار عندما تكون مع الطفل بسبب ما تعانيه من توتر وعدم استقرار في حياتها أو إرهاقها بالعمل بالمنزل، فإن الطفل يستشعر الوحدة ويفتقر إلي الاتصال بمن يعيش معه مما يؤخر من بدء النطق عنده.

بينما يهتم الأفراد البالغون بمداعبة الطفل وملاطفته والتحدث معه، وإرشاده وتوجيهه فقد يكون في المبالغة في ذلك ما يشعر الطفل بعدم الارتياح وتضعف استجابته لتقبل الناس من حوله، إذ إنه يشعر بعدم القدرة على المشاركة في الحديث إذ عليه أن يتعلم أولاً الألفاظ اللازمة للحديث.

وقد يطبئ الطفل في تعلم ألفاظ جديدة عندما تتحدث إليه أمه، بجمل طويلة، فلا يتوافر لديه وقت كاف لتعلم المفردات، من الكلام قبل أن ينطق بهذه الجمل.. ولهذا من واجب الأمهات والمربيات والآباء استخدام ألفاظ مفردة، وتأكيد أهمية الكلمة في العبارة القصيرة التي لا تزيد عن كلمتين أو ثلاث عند بدء تكلم الطفل.

سابعاً: أسباب خاصة بالطفل ذاته :

فقد يتكامل الطفل عن القيام باستخدام مفردات الكلام، ما دام لم يجد في إرشاداته البدائية أو في بكائه وصراخه ما يعينه على استخدام لغة الكلام.. وينبغي على الراشدين أن لا يستجيبوا للطفل، إذا تأخر في بدء الكلام، إلا إذا تكلم بلسانه

ما يريد حسب استطاعته. وفي أحيان كثيرة يكون مرجع تأخر الطفل بالنطق والحديث، مرجعة غيره الطفل من مولود جديد للأسرة، فقد يشعر الطفل آنئذ أنه لا يلقي نفس الاهتمام والعطف من الوالدين، وقد يسلك الطفل في هذه الحالة سلوكاً طفلياً يظهر في التبول والحبو واستخدام الألفاظ التي كان يستخدمها وهو صغير، أي أنه يرتد إلي حالة الطفولة المبكرة، ويبدو وكأنه عاجز عن الاعتماد على نفسه، أو عمل شئ لنفسه حتى يثير اهتمام الأم أو الأب نحوه، مثلما كان يتبع معه وهو طفل صغير.

وهناك نوع آخر من الأطفال يبطئون في النطق والحديث لعدم وجود من يثير منافستهم أو قلقهم حيث لا يوجد رفاق لهم في نفس السن، مثل هذا الطفل الوحيد والذي في غالب الأحيان يتلقي معاملة خاصة من الوالدين كأن يكثر تدليله للحد الذي يصل في بعض الأحيان إلي معاملته كطفل لوقت طويل، مثل هذا الطفل يجد صعوبة بالغة في التآلف والانسجام مع أطفال في مثل سنة. فهو غير طبيعي بالنسبة لأقرانه. هذه الأسباب هي المسئولة عن تأخر النطق والكلام عنه الأطفال.. وهناك بعض من النصائح يمكن أن توجه إلي الآباء والأمهات عندما يشعرون بتأخر الطفل في النطق والكلام.

إرشاد أباء الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية :-

1- تجنب توتر الأعصاب. وعدم المسارعة والحكم على الطفل بأنه متبلد الذهن.

2- ضرورة التعامل بالعطف والمودة مع الطفل وتفادي المبالغة في توجيه الطفل والسيطرة عليه.

3- منح الطفل - قدر الإمكان - فرصة الاختلاط بأطفال آخرين. حتى لا تكون الوحدة وعدم الاختلاط بمن هم في مثل سنه سبباً في تعويق سرعة الكلام.

4- التحدث مع الطفل بلغة سهلة ومبسطة.

5- عدم استخدام لغة الطفل في الحديث معه بل تعويده النطق السليم للألفاظ والكلمات، فبعض الآباء والأمهات يشعرون بارتياح كبير عندما ينطق الطفل بعض الألفاظ والكلمات بطريقة يستعذبون فيه النطق أو يحاولون هم النطق بنفس الطريقة.

6- تشجيع الطفل على الاستفسار عن الأشياء التي يرغب في تسميتها مع النطق السليم، لمسميات هذه الأشياء وتكرار النطق باسم الشئ أكثر من مرة.

7- عدم الإلحاح وبأسلوب غاضب في تعليمه ألفاظاً جديدة.

8- تلافي استخدام الجمل الطويلة، حتى يتمكن الطفل من استخدام نفس الجمل المركبة من كلمتين أو ثلاث بعد أن يعتاد الطفل النطق والحديث.

9- ضرورة الكشف الطبي على الطفل والتأكد من سلامة حواس البصر والسمع وعدم وجود عيوب خلقية في أجهزة النطق إذا شعر الآباء بتأخر الطفل عن الكلام.

ومن الواضح أن بعض أنواع العيوب اللفظية يعود إلي نشوه خِلْقِي في اللسان أو جزء آخر من أجهزة النطق، ومهما كان الأمر فإن بعض البالغين يبقي لديهم بعض أنواع اللثغ مهما بذلوا من جهد لتفاديه، كما أن بعض العيوب اللفظية يعود إلي انحرافات في مشاعر الأطفال، فبعضهم يظل يستخدم اللفظ غير السليم لبعض الكلمات على حين أنه يحسن نطق ألفاظ أخرى وكلمات تتركب من نفس الحروف.. وهذا النوع من العيوب اللفظية البسيطة لا أهمية له. ما دام الطفل يمضي قدما في تكييف نفسه تدريجياً، وما دام يستمر نموه وتطوره في الحياة.

ومن النصح الذي يجب أن نقدمه في مثل هذه الحالات تصحيح نطق الطفل بين حين وآخر، وعلى أن يتم ذلك بصورة تتسم بالتواد والتعاطف وعدم التشدد، فمن الخطأ أن يبالغ الآباء في إبداء الاهتمام بأطفالهم عندما تظهر أخطاء أو عيوب في النطق.

الفصل الرابع

المشكلات الانفعالية

1- مشكلة تدني تقدير الذات

2- مشكلة البكاء والمعاناة

3- مشكلة القلق

4- مشكلة الخوف

5- مشكلات التوتر

أ- قضم الأظافر

ب- مص الأصابع

6- الغضب

7- مشكلة العدوان

8- مشكلة الخجل

الفصل الرابع

المشكلات الانفعالية

يتناول هذا الفصل بعض المشكلات الانفعالية لطفل الروضة والانفعال هو مظهر للطفل يعبر عن الارتياح وعدم الارتياح عندما يثار كمحاولة منه لإختزال التفاعل مع بيئته من أجل تحقيق ذاته. والإحساس من عدمه وجهان يعبران عن قابلية النفس البشرية لعملية التناقض الوجداني والسلوكي كما يبدو في ثنائية الحب والكراهية والإقبال والنفور، والسرور والحزن، والتعلق والعدوانية، واللذة والألم ويرجع تمايز الانفعالات إلي توصيف التغذية الراجعة في عملية الاختزال.

وفي مقال مشهور عن تمايز الانفعالات في الطفولة المبكرة أشارت كاترين بريدجز في معرض ملاحظاتها عن الأطفال حديثي الولادة والحضانة أو الإثارة العامة للطفل تحدث في الأسبوعين الأولين وفي خلال الثلاثة أشهر الأولي يظهر من الإثارة العامة نموذجان من الانفعال : نموذج البهجة أو السرور ونموذج الكرب أو الحزن ويصبح كل نموذج من السلوك أكثر نوعية وتمايزاً بينما ينمو الطفل حتى عمر سنتين تقريباً عندما يستعرض معظم نماذج انفعالات الكبار فمن البهجة ينبثق التيه والعجب عند الشهر الثامن تقريباً ومنه يظهر التعلق والتعاطف مع الكبار عند الشهر الحادي عشر تقريباً، ثم مع الأطفال عند الشهر السادس عشر تقريباً. ومن البهجة ينبثق الجذل والتهليل عند الشهر العشرين. ومن نموذج الحزن يظهر الغضب عند الشهر الرابع ومن الغضب ينبثق الاشمئزاز عند الخامس ومنه الخوف عند الشهر السادس تقريباً، ومن الحزن تنبثق الغيرة عند الشهر السادس عشر تقريباً (حامد زهران 2005)، (كريمان بدير 2005).

ويتضح من ثنائية الارتياح وعدم الارتياح إرتباطه بسلوك الاقتراب - التجنب

وسلوك القبول - الرفض، وفي القبول توجد مشاركة اجتماعية وفي الرفض احتاج وعدوانية وانسحاب، كما تظهر الثنائية القطبية في عوامل الشخصية.

وفي هذا الفصل نحاول استيضاح بعض المشكلات الانفعالية الأكثر شيوعاً بين أطفال الروضة، في ضوء تحديدها - تشخيصها والإطار النظري في تناولها وطرق علاجها.

1- مشكلة تدني تقدير الذات :

تعتبر السنوات الأولي من حياة الطفل بالإضافة إلي فترة الحمل نواة الشخصية الأساسية لحياته المستقبلة. ولا شك أن هذه الشخصية تتولد من صراع وتحول ونمو من التقيد المثير إلي النمو الاجتماعي، وأحد الوجوه المهمة التي تنتظم حولها السمات هي الصورة التي يكونها الطفل عن نفسه أو صورة الذات التي تنمو من تفاعله مع والديه والأقربين ومن اختزال دوافعه وحاجاته ومن اعتقاده في كفايته وحسن هيئته وتبدو أهمية الأباء في تفاعلهم مع أطفالهم ونتيجة انفعالاتهم من حب وكراهية وشك وثقة وغيره. وتصبح الانفعالات مشروطه بالدلائل التي يخرجها الآباء وعندما يواجه الطفل شخصاً آخر يخرج أو يرسل نفس الدلائل فإن الطفل يعطي الاستجابة الانفعالية المشروطة. ومن ثم فإن الطفل يكون قد نمي صوراً ذهنية لأبائه وأن هذه الصور الذهنية ستقود سلوكه، فالآباء في تفاعلاتهم مع أبنائهم يؤثرون في تكوين فئات معينة من المدركات عند أبنائهم، وصور الأباء الذهنية لديهم تخضع تطيع قانون الثبات الإدراكي، فالطفل الذي أبصر والده قاسياً فظاً في صغره قد يتعلق بهذه الصورة عندما يصبح رجلاً رغم أن والده يكون قد تغير في قسوته وفظاظته.

كما أن مبدأ التوقع له دوره في إدراك الناس فالشاب الذي يتزوج امرأة صغيرة تشبه والدته ربما يتوقع منها بطريقة لا شعورية أن تعطيه ما تعطيه الأم لطفلها من إشباع لرغباته ونزواته الطفلية وهذا يلقي على الزوجة الشابة عبئاً ثقيلاً.

والطفل يكون صورة عن ذاته ويمارس نشاطه بسمعه وبصره وشعوره وبعد ذلك يتأثر بما يقوله الآخرون عنه. فإن كانت فكرة الوالدين عنه طيبه فسيؤثر ذلك

عليه، أما إذا كانت صورته عن ذاته ضعيفة فقد يتأثر بأوصاف الآخرين له عندما يكبر، فإذا ما التحق بالمدرسة مثلاً ووصفه المدرس بأنه ضعيف في الحساب فسيستمر هذا الوصف معه على أنه غبي في الحساب.

تلعب المنظومات والمخططات العقلية دوراً في إدراك الطفل وهي أحد مصادر التشويه العادية فقد يرى الطفل في أول إدراك له للحيوان قطه وبذلك يطلق على ما يراه بعدئذ من حيوانات وطيور تسير على الأرض كلمه قطه. والمدركات الخاطئه يمكن تحطيمها بعملية التنافر والتباين في تقديم دلائل تقود إلي مدرك مختلف عن المدرك الذي ترغب في محوه.

وقد يضعف بعض الآباء دون قصد شعور أطفالهم بتقدير الذات وذلك بتداخلهم في إشارات وتعبيرات أطفالهم الدالة على الاهتمام

والاستمتاع أو التقليل من شأنها ويؤدي هذا إلي حدوث رده فعل آلية داخلية تتسم بالخجل الذي يقلل الشعور بتقدير الذات وذلك بسبب وجود تنافراً بين أسلوب الطفل في التعبير عن احتياجاته العاطفية، وقدرة الأب أو الأم على الاستجابة الملائمة. وكثيراً ما يؤدي هذا التنافر إلي إخفاق الأطفال في تنمية إحساس قوي أو إيجابي بذاتهم، أي إخفاقهم في تنمية إحساس بكيانهم ومواضع حبهم وبعضهم وتنمية الثقة بمفاهيمهم ومشاعرهم ونحو الذات. وعندما لا يستطيع الأب والأم الاستجابة بطريقة مناسبة لتعابير طفلهما عن كل من إشاراته الإيجابية والسلبية، فقد يسيء الطفل فهم إشارات أبويه، فالأب والأم يستخدمان هذه الإشارات أيضاً. وهذا التوتر بين الأبوين والطفل الناجم عن سوء الفهم قد يساهم في تناقص شعور الطفل بتقدير الذات فقد يصبح الطفل غضوباً دفاعياً صلبا متعصباً أو يصبح منطوياً انتحارياً حسوداً خائفاً. وينشأ عند بعض الأطفال إحساس مضخم بالاعتداد بالنفس وهذا ما يعرف اصطلاحاً بـ " تكلف العظمة التعويضي " حيث يحاولون التعويض عن افتقارهم إلي تقدير الذات. كما يعوض الراشدون أيضاً عن افتقارهم الباطني لإحساس إيجابي بتقدير الذات وذلك بتكلف العظمة والتعجرف والتعصب غير الملائم. وفي الواقع إنه يمكن أن نعزو العديد من صفات الشخصية

الأسوأ من تلك التي ذكرناها إلي افتقار الفرد إلي الإيمان بقيمته الجوهرية كالاستنساد والجبن والاكتئاب والشعور بالاستنفاد أو الاستنزاف، إذ إن أحد أسباب هذه الصفات المختلفة يرج إلي الإفتقار للشعور بتقدير الذات.

إن نتائج هذه الأنواع تتسبب في حدوث الكثير من المشكلات لكن لها دور التربية إيجابي في هذا المجال تمكن من الاستمتاع والسرور بتعميق الروابط بين الأسرة والطفل كما أنها تسمح لك برؤية الطريقة المميزة المبهجة التي يبدو فيها العالم للأطفال وتكسب الثقة بمهارات التربية وسيزداد احترام الوالدين للذات وسيصبحون بمرور الأيام أكثر قدرة على إفساح المجال للأطفال لينمون وإحساس راسخ بالذات وبالتالي يستطيعون تشكيل العلاقات المطلوبة مع الآخرين والحفاظ على درجة استقلالية مناسبة.

أسس تقدير الذات :

يمكنك أن تغرس أساس تقدير الذات في نفس طفلك منذ أيامه الأولي، وذلك بالاستجابة الملائمة لإشارات طلب المساعدة (المعاناة والغضب.. إلخ) وإشارات المرح (الاهتمام والاستمتاع). فعندما تؤيد هذه الإشارات فإنك تساعد الطفل على اكتساب الثقة بمشاعره وبمفهومه الذي كونه عن العالم، كما أنك تدعم الحالة الوجدانية لدية، وتساعده على التفاعل الجيد مع الآخرين.

ويعتقد كثير من الباحثين أن تجربة الكفاءة عند الطفل هي جزء مهم أيضاً في بناء تقدير الذات ويبدأ الإنسان باكتساب الكفاءة - كما يقول الباحث الرائد في التحليل النفسي الدكتور مايكل باش - نتيجة قدرة الدماغ على تنظيم المنبهات الواردة عليه وروداً فوضوياً. وهذه القدرة الفطرية على تطوير الكفاءة عند الطفل تشكل أساساً يمكنه فيما بعد من معالجة أمور أكثر تعقيداً وهو التفاعل مع العالم والناس، وهو بدوره قد ينتج إحساساً بتقدير الذات. وأحد مراحل تطور الكفاءة عند الطفل في أثناء نموه هي إدراكه لقدرته على التحكم بالأحداث الخارجية وتأتي مرحلة أخرى في أثناء تفاعله مع بيئته يتعلم فيها كيف يتكيف مع متطلبات العالم وتوقعاته الاجتماعية تكيفاً سليماً.

كيف تساعد طفلك على بناء تقديره لذاته :

إذا عبرت عن إعجابك وسرورك " بإنجازات " طفلك، وخاصة تلك الإنجازات التي تثير حماسه. فإنك تساهم إلي حد كبير في غرس الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس فيه. وليست هذه هي الوسائل الوحيدة لبناء تقدير الذات. فمن الوسائل المفيدة الأخرى ما يأتي :

1- **إعطاء الطفل حقه من الاهتمام والرعاية:** ينمو الأطفال نمواً مزدهراً عندما يشعرون أنهم ذوو أهمية حقيقية بالنسبة لك، وأنهم مركز عالمك. رغم أن خبرتهم بالعالم الخارجي وتفاعلهم معه محدودان ولذا فإنهم يبدون اهتمامهم مثلاً بما وقع أمامهم، ويشعرون بالمعاناة-- إذا أحسوا بانزعاج من الغازات المعوية ينتحبون بالشدة نفسها التي ينتحب فيها شخص بالغ على كرب يعتبر أشد وقعاً وتأثيراً. أي أن انفعالاتهم - الإيجابية منها والسلبية - تثيرها تجاربهم المباشرة، وهذا يضفي على كل إحساس إلحاحاً وأهمية مضاعفة. ولذا عندما تبكي الطفلة أو تبتهج فإنها تنتظر أن تكون استجابتك بالدرجة الحماس بنفس درجة نفسها أو المعاناة التي تشعر بها.

وعندما يكبر الأطفال ويصبحون قادرين على الزحف والمشي فإنهم يظهرون الفضول وحب الاستطلاع اللامتناهي نفسه الذي كانوا يشعرون به تجاه الأشياء القريبة منهم، لكن تركيزهم الآن ينصب على الأشياء المألوفة جداً كالقدور والمقالي والمجلات وقطع الضماد، فهم يمسكون بها ويجذبونها ويعضون أشياء خطيرة جداً في أفواههم لأن هذه هي الطرق التي يمكن أن يكتشفوا بها ما يواجهونه.

وفي هذه المرحلة يقوم الأطفال بتوسيع ردود أفعالهم لتشمل الأشياء التي تزعجهم أيضاً. ولا يقتصر مصدر الإزعاج على غازات البطن، بل قد يعبرون عن فزعهم إذا شاهدوا كلباً كبيراً، أو سمعوا صوتاً عالياً، أو رأوا شخصاً ذا مظهر غريب، أو عجزوا عن الوصول إلي أشياء تجذب انتباههم وعندما يتسع نطاق تفاعلهم مع العالم فإن قائمة الحوادث التي تدفعهم إلي البكاء والغضب تطول وتصبح أكثر تعقيداً. وينسي الأبوان أحياناً أن الأطفال يرون أن ردود أفعالهم هذه

متناسبة مع المواقف التي تواجههم. فعجزهم مثلاً عن الإمساك بكرة تدحرجت إلي إحدي الزوايا أمر خطير بالنسبة لهم، ولهذا يطلب منك طفلك أن تنتبه إليه ويعلن لك ذلك بأساليب واضحة لأنه يجد نفسه عاجزاً عن تصحيح الموقف بنفسه فلن يستطيع أن يصل إلي الكرة مهما فعل، ولذا يشعر بالإحباط ويطلب مساعدتك بالطريقة الوحيدة التي يقدر عليها وهي : الثورة الانفعالية وإذا لم تنتزع ثورته الانفعالية تعاطفك وانتباهك ولم تستجب له وتخرجه من مأزقه فسيعتقد أن مشاكله لا تهم فعلاً وأن مشاعره لا وزن لها أو اعتبار. والعكس صحيح فإذا انتهزت الفرصة لتمنح طفلك إنتباهك وتدعم مشاعره وأفكاره فإن هذا سيساعده على الثقة بنفسه.

إن صرف النظر عن نداءات طفلك مراراً سيولد كثيراً من المشاكل ويرى دونالد وينيكوت أنه إذا قام الأباء بمدح مشاعر الاهتمام والاستمتاع عند طفلهم في حال تطابقها مع مشاعرهم فحسب فإن هذا قد يدفع الطفل إلي التخلي عن مشاعره الحقيقية وتكوين شخصية زائفة ترضي الأبوين ويؤدي هذا إلي إضعاف شعور الطفل بكيانه.

2- **تقديم المكافاة والثناء:** إن المكافأة والثناء مع حسن الاهتمام والرعاية أمور جوهرية لبناء تقدير الذات عند طفلك. ويجب الا تنسي رغبة طفلك في أن يكون مثلك في ويحظي بحبك، فهو يحتاج إلي سماع إطرائك وإعجابك به، يحتاج أن يرى مشاعر الحب والاستحسان في عينيك. ولا تظن أنه يعلم مشاعرك، فهو لا يعلمها، بل يحتاج إلي من يخبره بها مراراً. إن المكافأة والثناء أفضل حوافز يمكن أن تقلل الشعور بالخوف أو الخجل.. كما أنه من المهم أيضاً عندما يتعلق الأمر بالسلوك أن نشرح للطفل الإيجابيات والسلبيات والأسباب والأسس المنطقية المرتبة بها.

3- **تقديم الحماية:** إذا كانت الطفلة ترى أن العالم يعتبر مصدر تهديد وخطر، فإن شعورها بالشجاعة والقوة أو ثقتها بقدرتها على تدبير أمورها بنجاح أمر شبيه بالمستحيل. أما عندما تستجيب لإشاراتها السلبية الدالة على المعاناة والغضب، بإفساح المجال للتعبير عن هذه المشاعر. وإزالة ما يثيرها، فإنك تبدأ بإعطائها

وسائل للتعامل مع العالم وذلك أنه في قضية الشعور بالثقة لا يمكن المساعدة في حالة إدراكها للإحساس بالعجز أو القصور.

2- مشكلة البكاء والمعاناة:

يعبر الطفل عن معاناته بالبكاء، وتقوس الحواجب وتدلي الفم للأسفل والدموع والتشنج المتقطع، وسرعة الاهتياج أو الانسحاب.

وعند الأطفال الأكبر قليلاً تدخل المعاناة الطفل في نوبة اهتياج عصبية ويظهر هذا في وجه معصور مشدود وذراعين تدوران كالطاحونة، أما الأطفال الأكبر سناً فقد ينتحبون أو يورطون انفسهم في أي شئ أو يحدثون خراباً من حولهم. ومع أن طريقة التعبير عن المعاناة قد تتغير مع نمو الطفل إلا أن معني الإشارة يبقي واحداً، وكذلك أيضاً تبقي الطريقة المناسبة للاستجابة وتبدأ هذه الإشارة من الشعور بالمعاناة وتستمر حتى تصل حد الكرب والمحنة.

إن التعبيرات عن المعاناة مفيدة لأنها تعبر عن حاجة فورية. إنها بمثابة نداء استغاثة. وعند الأطفال الصغار فإن هذه الإشارة غالباً ما يثيرها الشعور بالجوع والتعب والمرض وعدم الشعور بالراحة أو الألم إنها تعني أن هناك شيئاً ما ليس على ما يرام. وعند الأطفال الأكبر قليلاً قد تعني أيضاً أنهم يشعرون بالملل أو الوحدة أو الحزن. بالإضافة إلي ذلك قد تشير المعاناة إلي أن هناك اضطرابات عاطفية قوية أخرى يعاني منها الطفل، فمثلاً عندما يشعر الطفل بخوف أو خجل أو اشمئزاز شديد، فقد يعبر عن ذلك بإشارة المعاناة. وإذا اشتدت المعاناة فقد تؤدي إلي كرب شديد. والأهم من ذلك إنه في حالة تصعيد الشعور أكثر فقد تتحول المعاناة إلي غضب.

وعندما تشتد المعاناة يشعر الأب والأم أنهما في مشكلة ويقلقهما ما يريانه من ردة فعل طفلهما المفرطة، وقد يصعب عليهما معرفة ما حدث حتى يستطيعان حل المشكلة من أساسها وتذكر دائماً أن إشارات الاستنجاد كإشارة المعاناة مثلاً هي رسالة تواصلية وليست هجوماً أو دليلاً على الإفراط في دلال الطفل.

وتجد بعض المثيرات المحتملة للمعاناة :

- الجوع - الضجيج المستمر - الطعم أو الرائحة السيئة - فقدان شيء مرغوب - الغازات - الألم - الابتعاد عن شخص ما - أشعة الشمس القوية أو الضوء الساطع جداً - التعب.

كيف نتعامل مع بكاء الطفل ومعاناته

يشير سيلفان تومكير إلي طرق التعامل مع بكاء الطفل ومعاناته كما يلي:

أولاً : دع الطفل يعبر عن معاناته :

عندما تسمح للطفل أن يعبر عن معاناته فإنك تظهر له أنه لا بأس بأن لأنها إنفعالات مسموح بها. وكأنك تقول له إن ما يشعر ما به صحيح ومقبول ومثل هذه الرسائل ضرورية للطفل لنمو شعوره بنفسه وثقته بها. لا ننكر أن هناك أوقاتاً وخاصة بين الناس يسبب فيها التعبير عن المعاناة بعض الصعوبات ولكن يمكنك التعامل مع هذه اللحظات بإدراك إشارة المعاناة، والمصادقة على صحتها وترجمتها إلي كلمات. ومعالجة سبب المعاناة، وإذا اقتضي الأمر، أخذ الطفل إلي مكان آخر.

وإذ إنه من الصعب عليك أن تسمع طفلك يعبر عن معاناته فتقول شيئاً مثل : " هذا ليس مؤلماً " أو " الأولاد الكبار لا يبكون " أو " توقف عن هذا الإزعاج " فإنك بذلك تلجأ دون أن تشعر إلي تسهيل الأمر على نفسك حتى تشعر بالاتياح إزاء التعبير عن المعاناة. وحينئذ تذكر أن معالجة الانفعالات السلبية أمر له أهمية خاصة في تنمية ضبط الإحساس بالتوتر.

حتى أصغر الأطفال يشعرون بما يشعرون به لسبب، لا تحاول أن تقلل من الشعور بالمعاناة بأن تنكر صحته، فعلي سبيل المثال : يقترح الخبراء في مجال تربية الطفل أن علينا تجنب عبارات مثل " ليس هناك ما يزعجك " أو " لست بحاجة إلي أن تلعب بذلك الصحن"، لأن الطفل سينزعج لأنه حقاً يستمتع باللعب بالصحن.

فعندما تقول له : إن شعوره هذا ليس حقيقياً فأنت بذلك تجعل من الصعب عليه أن يعيش الإحساس السليم بنفسه أو بمكانه في هذا العالم. وإنما يكمن دورك في التصديق على مشاعر الطفل : " ما الذي يزعجك ؟ هل يمكنني أن أعرف ذلك حتى أساعدك ؟ أو أليس ذلك الصحن جميلاً ؟ تعال نضعه فوق حتى ننظر إليه كلنا أو لنضعه على السجادة حتى تلعب به دون أن نكسره أو نجذبه للعب بصحة ممكن أن ينكسر.

إن ما نسميه غالباً الانتحاب أو الشكوى هو عادة شعور بالمعاناة.

إننا كآباء وأمهات كثيراً ما نستعمل مصطلحات انتقادية (زنان) لندفع عن أنفسها الشعور بعدم الارتياح عندما يكون أولادنا في معاناة. وصحيح أن درجة انزعاج الطفل قد تكون أحياناً أكثر مما يستحق الأمر، فمثلاً وقعت ابنتك إلا أن السقوط كان خفيفاً مع ذلك فمن وجه نظرها يمثل ذلك السقوط إلي حد كبير شعوراً بالمفاجأة والذل والارتباك وقابلية وربما وقوع ضرر. وإذا انكرت هذا الواقع وركزت فقط على ما ترجوه من سلامة طفلتك فقد تسبب بعض التدخلات التي قد ينشأ عنها (بغير قصد) الشعور بالخجل أو ازدياد الخزي والمعاناة لدى طفلتك.

وتعتبر عبارات مثل : توقف عن البكاء " أو إسكت صوتكم مزعج " مثل هذه العبارات لن توقف الطفل بل ستضيف أشياء آخرى والنتيجة هي إحساس الطفل بالغيط والغضب واليأس.

ثانياً : حاول أن تعترف بمشاعر الطفل :

ولنضرب على ذلك مثالاً : إذا وقع طفلك وبدأ يبكي فالأحسن بك حينها أن تستجيب قائلاً : " يا حبيبي ! وقعت ؟ هذا مؤلم حقاً. حسناً سيذهب الألم بعد قليل". إن اعترافك للطفل بما حدث وشعوره إزاء ذلك يسمح له بالبكاء. وهذا هو الشعور الطبيعي للموقف. وهذا يؤكد للطفل أن رد فعله الانفعالي تجاه وقوعه صحيحة. وتعاطفك معه سيخفف عنه معاناته. (كما أن تعليم الأطفال التعاطف هو أمر مهم. فهم يتعلمون أكثر بالقدوة) حاول أن تصف الموقف الذي حصل والمشاعر فيه وصفاً

شفهياً فالاعتراف بالمشاعر يساعد أيضاً في تعليم الطفل ضبط الحالة الوجدانية. وبعد أن تصادق علي مشاعر الطفل، يسهل عليه أن يتجاوز المعاناة ويستعيد هدوءه ومع مرور الوقت سيتعلم كيف يتخلص من مثل هذا التفاعل الذي اقتحم عالمه الداخلي ويتجه نحو تهدئه النفس وضبط الانفعالات.

ثالثاً : حاول أن تزيل سبب المعاناة :

إن الأسباب المحتملة للمعاناة لا تنتهي، فالجوع والتعب والأصوات المرتفعة وعدم الراحة أو الألم هي بعض تلك الأسباب. وعندما يكبر الطفل ويبدأ يحبوا أو يمشي ينشأ عنده سبباً من أكثر الأسباب شيوعاً وهما : الممل والفراق. وينبع الملل من عدم وجود حافز ممتع ومثير للاهتمام. وهذا يجعل الطفل حزيناً ضجراً.

وإذا كان طفلك يظهر سلوكاً متمرداً أمام الناس وفي الأماكن العامة، فهذا في الغالب لا يعني أنه طفل مزعج سيئ ولكنه ببساطة يريد شيئاً يشغل به فضوله وهذا يعني أن عليك أن تحول انتباهك بعيداً عن الحديث مع الكبار أو عن وجبه الطعام لتلتفت إليه. ولو أنك في مثل هذه الحالة قدمت له ما يشغل اهتمامه لكنت في غني عما يحدث، ولذلك إذا وجدت نفسك مضطراً للانتظار مع طفلك لوقت طويل عند الطبيب جرب أن تعطيه دمية ليلعب بها، أو أن تقرأ معه كتاباً، أو أن تتمشي معه في رحاب صالة الانتظار لتشاهد ما هو معلق على الجدران وكذلك الأمر إذا كنت في مطعم، خذ معك بعضاً من ألعابه المفضلة. وضعها في عربته أو أشركه في الحديث وأحمله إذا اقتضي الأمر وإذا ذهبت تتسوق حاول أن تشرك الطفل في بعض أعمال التسوق.

إن معالجة ملل الطفل تساعد في تزويده بالمثير المناسب فينمو عنده الذكاء واللغة والتفكير والإدراك نموا طبيعياً. وفي الحقيقة يمكنك تحويل هذه الأوقات من فترات انزعاج إلي فرص جيدة للتعلم : مثل تعال نرى السعر المكتوب على علبه البسكويت إذا أخذنا علبتين والعلبة الواحدة ثمنها جنيهان فكم يكون المبلغ المطلوب ؟ ' أنظر إلي تلك اللوحة مكتوب عليها : الوزن هنا. الوزن يا لها من كلمة وإنها تعني أن تعرف كم هو ثقل الشئ.

ألم الفراق هو مثير شائع أخر للمعاناة. إلا أنه قدر محتوم في حياة الإنسان عموماً وفي حياة الطفل خصوصاً. ومن الصعب أن تمنع حدوثه فعاجلاً أم آجلاً لابد أن يغادر الأب والأم الغرفة يذهبان للعمل، أو لقضاء حاجة ما، أو للاستحمام وقد يتوجب على الطفل أن يتعامل مع فراق أشد كسفر الوالدين أو الطلاق. وسواء أكان الفراق جزءاً من النشاطات اليومية أم الظروف غير العادية فإن الطفل سرعان ما سيرى الأمر على أن والديه قد تخليا عنه وهجراه. فيشعر حينئذ أنه فاقد للحماية ومعرض للخطر ويكمن دورك في مثل هذه الحالة في التركيز على الاعتراف بمشاعر الطفل ولنأخذ مثالاً عن ذلك إذا اضطرت الأم للخروج من البيت لقضاء حاجة ما وبكي الطفل بسبب ذلك، فإنه من المفيد أن تقول شيئاً مثل : " لابد أنك مشتاق لماما. كم أنا أحبك يا صغيري لا تقلق ماما ستعود بسرعة والآن خذ هذا الدبدوب.

ومما يثير معاناة الطفل أيضاً فقدان الأشياء وعادة تزيد المشكلة بسوء فهمنا للموضوع هذا خطؤك ولعلك تعلمت أن تسمعي كلامي عندما أنبهك إلي مثل هذه الأشياء.. إلا أن الطفل الصغير قد يبدو عليه الثورة والغضب أكثر فلابد أنه ينزعج ومن ثم يبكي على فقدانها. ولكن على ما يبدو أنه يشعر بالذنب بما فيه الكفاية. ولو أنك فقط قلت لها أنه يؤسفك ما حصل لها لكان أفضل من التأنيب إن البكاء شئ جيد وهو تعبير طبيعي عن مشاعر المعاناة المضغوطة.

3- مشكلة القلق :

إحتل عامل القلق مكانة كبيرة عند تطبيق نظرية التعلم على مشكلات الشخصية ووجهة النظر العامة تسير جنباً إلي جنب مع وجهة نظر التحليل النفسي من حيث إفتراضي أن القلق يقوم بدور مزدوج فهو من ناحية حافز drive وهو من ناحية أخرى مصدر تعزيز عن طريق خفضه.

فالقلق له قدرة على إحداث النشاط غير المستقر كما أن عناصر هذا النشاط التي تؤدي إلي خفض القلق تكتسب وتتعلم ويعزو أصحاب نظرية المثير والاستجابة الذين يستمدون أفكارهم من التجارب المعملية القلق إلي عملية تشريط حيث تقوم

فيها المثيرات المحايدة مقام مثيرات العقاب أو الألم والخوف ومثيرات الخوف عند الكائن الحي كثيرة ومتعددة منها مما هو نظري كالخوف من الأصوات الفجائية المحسوسة وفقدان السند عن الطفل ومنها ما هو مكتسب ويمكن أن يفيد أيضاً كأساس واقعي لكثير من ألوان السلوك التوافقي والمخاوف المرضية والخوف من فقدان الحب يعتبر مثالاً واضحاً لذلك.

ولقد ميز فرويد أنواعاً ثلاثة القلق :

1- قلق موضوعي.

2- قلق عصابي.

3- قلق خلقي

1- **القلق الموضوعي:** هو قلق يتصل بالأحداث الواقعية المادية ويشتمل هذا النوع من القلق على كل ما يتصل بالأضرار الجسمية والأدلة المستمدة من قبل هذه الأشكال من القلق تدفع الفرد عادة إلي اتخاذ الاحتياطات اللازمة لتجنب الخطر المهدد فيبحث لنفسه عن مكان يحميه أو من عمل يعوضه الاحتياج أو الحرمان.

2- **وهناك القلق العصابي:** وهو قلق مثير لرغباته إنه خوف من التعبير عن الدوافع اللاجتماعية والجنسية والعدوانية التي تأخذ صورة أفعال اندفاعية ومن أعراضه قلق عام منتشر ومخاوف وتوتر.

3- **اما القلق الخُلُقي:** فهو الذي نجده في صورة الشعور بالذنب أو الخجل أو وخز الضمير وهو يصدر عن الأنا الأعلي فبعض أنواع السلوك كانت في الماضي تلقي العقاب من قبل الوالدين ومن هنا فإن القيام بها الآن من شأنه أن يستثيره القلق عند الفرد.

والقلق نتيجة حتمية لعملية التطبيع الاجتماعي ففي الطفولة المبكرة ليس لدى الطفل سبيل لمعرفة أي أنواع السلوك يثاب عليه وأيهما يعاقب عليه كما أن استجاباته تخضع لمبدأ اللذة ولحاجاته المتسمة بالأنانية والسلوك التوافقي من وجهة نظر الطفل يتطلب القيام بكف السلوك غير المقبول ومن ثم يتجنب العقاب وهذا هو حل المشكلة من جانب الطفل وليس هذا بالحل الكامل وذلك لأنه :-

1- إنه يترك الحافز الأصلي دون اشباع.

2- أن الأفعال التي تدعم الأفعال التي تعاقب من أجل أن تتمايز تثير مشكلات حقيقية فالطفل يجب أن يميز بين المحبة الأخوية والاشتهاء والمحرم.

3- إن جزءاً كبيراً من أسباب القلق وجد أنها ترجع إلي أحداث مرت بالطفل قبل مرحلة اللغة (عقاب الطفل إذا لم يحافظ على نظافته أثناء التدريب على الإخراج - أو على قيامه ببعض الأفعال الجنسية الطفلية. كلها تغرس القلق بالنسبة للسلوك الذي لا يحمل أية تسمية لفظية بالنسبة للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة يمكن أن يقترن القلق بمظاهر غامضة وضعيفة التمايز.

4- يستحيل على الطفل في بعض الأحيان أن يقوم بتمييزات صحيحة تماماً وأن ينمي استجابات صحيحة محسوبة لتجنب كل عقاب يوقع به والقلق الذي يعتبره فرويد مرادفا للخوف fear هو قلق موضوعي والقلق الموضوعي هو استجابة داخلية معقدة للأذى أو الضرر المتوقع من خطر خارجي معين أي أنه يوجد موقف خطر حقيقي في العالم الخارجي يدركه الفرد بوعي علمي أنه يهدد. وهذا الإدراك للخطر يستدعي استجابة قلق إذن فالخطر الخارجي يؤدي إلي إدراك الخطر وإدراك الخطر يؤدي إلي قلق موضوعي.

وفي حالة القلق الموضوعي تتناسب شدة استجابة القلق مع قدر الخطر الخارجي الذي استدعاها فكلما عظم الخطر الخارجي اشتد التهديد المدرك واشتدت بالتالي الاستجابة الناتجة. إن الحالة المصاحبة لاستجابة القلق بالإضافة إلي الإشارات المستمدة من إدراك المصدر تكفي عادة إلي تحريك الفرد إما للهروب من موقف الخطر أو لحماية نفسه منه بطريقة ما ستاك سوليفان.

4- مشكلة الخوف :

إن الخوف يعتبر استجابة طبيعية وضرورية تساعد الإنسان على تجنب الخطر وعندما يقوم المخ بإرسال إشارة إنذار في كل أنحاء الجسم لإطلاق هرمونات الضغط وإعداد العقل والجسم للتعامل مع أي خطر محتمل. ولا أحد ولا حتى الطفل

يستطيع العيش دون القدرة على الشعور بالخوف والاستجابة له. إنه بمثابة جرس إنذار والأطفال يضربون هذا الجرس عالياً وبوضوح ولعل ذلك يرجع إلي أنهم لا يستطيعون حماية أنفسهم، لذا فهم يحتاجون إلي إنذارك حتى تسرع لمساعدتهم.

ومن دلائل الخوف : تجمد عينا الطفل (الحملقة) وشحوب البشرة وبرودة الأطراف وزيادة العرق وارتجاف الوجه واليدان والرجلان.

ونـد الشعور بالخوف لا يستطيع الجسد ولا الدماغ تحمل ردود الأفعال الكيميائية الحيوية لمدة طويلة. ومع ذلك فعادة لا تسبب الأحداث المخيفة المنفردة الأذي للطفل على المدى البعيد وإنما الذي يسبب المشكلات هو تكرار مثيرات الخوف دون حل.

وعندما تكون حساساً لإشارة الخوف وتقدم المساعدة لحل الأزمة سيتعلم طفلك ما هو الخوف وكيف يتحكم به، إذ إن ذلك يشكل جزءاً من تنمية سيطرته على بيئته الخارجية وعلى بنائه النفسي الداخلي.

إلا أن من الضروري أن تعرف أن ما يخيف طفلاً ما قد يكون مدهشاً ومثيراً أو جذاباً لطفلاً آخر، إذ أن بعض الأطفال أكثر تفاعلاً وحساسية لما تسقبله الحواس من غيرهم وهذا يجعلهم أكثر قابلية للإستجابة أو للخوف ولأن العالم هو مكان جديد وغريب للأطفال يمكن أن يثير الأحداث الكثيرة المختلفة إشارة الخوف عندهم. ومن ذلك مثلاً لإحساس عند (مرة أول لركوب على الأرجوحة أو مشاهدة كلب غريب) أو عند سماع صوت عال مفاجئ وهذه الأحداث اليومية قد تدهش الطفل وقد تنذره بالخطر.

وقد ينشأ عند الطفل خوف متزايد مستمر من مجموعة أحداث متسلسلة تبدو أنها عادية فمثلاً يأتي نحو طفلك قط كبير يقفز إليه فيخاف الطفل وينظر إليك منتظراً منك حلاً للأزمة ولكنك لا تلاحظ الإشارة التي أطلقها طفلك، أو أنك تعرف أن القط لا يشكل أي تهديد له وفي كلاً الحالتين فشلت في إدراك أن طفلك لا يرى الأمور كما تراها أن وتقترح عليه قائلاً : " هيا، إنه قط " لطيف قل له مرحباً " ولكن الطفل يصاب بالرعب وأنت تدفعه باتجاه حيوان لا يعرف مدى خطورته

وسرعان ما يضرب الخوف الطفل وينتهي الأمر وأنت تحمله بين يديك مذعوراً وبعد مرة أو مرتين من مواجهة الطفل لقطط تخيفه وبعدم إحساسك بإشارته في كل مرة قد ينتهي الأمر بطفل يشعر يفقد الحماية وبقابلية التأذي من القطط. ويأخذ هذا الشعور بالتزايد. ويشكل عام قد تصبح مثل هذه المخاوف جزء من شخصيته إذا تكررت ولم يكن هناك مخرج منها أو حل في كل مرة.

وهناك سبب آخر قد يجعل الأطفال يعبرون عن الخوف وهو أنهم أيضاً يعيشون في صراع مع غضبهم ومعاناتهم، وهذا إذا كان عندهم ضعف في التحكم بهذه الانفعالات لذا فهم قد يلجؤون إلي إسقاط غضبهم على العالم الخارجي، فينسبون التهديد والخطر إلي أنواع كثيرة من الأحداث. وهذا قد يؤدي إلي سلوك مصطبغ بالخوف وإلي كوابيس مزعجة عند الأطفال الصغار.

مثيرات الخوف :

إن الضجيج المرتفع الذي يحدث خلف الطفل الرضيع، أو فقدان المسند الذي يؤدي إلي سقوطه، يستثيران الخوف لديه.وقد لا يبدي الطفل أية اهتمامات من جراء وجوده مع الغرباء وذلك حتى الشهر السادس أو السابع، لكن هذا الموقف يتغير كليه بعد هذه السن، إذا يتعلم الأطفال تدريجياً التميز بين الناس المألوفين لديه، كالم والأقرباء مثلاً والناس الآخرين غير المعروفين في عالمه. ويتبع العددي من الأطفال على نحو سريع، خوفهم الأول الناجم عن الانفصال عن الأم بالخوف من الغرباء أو الناس الجدد بالنسبة لهم. وقد يعم هذا الخوف، فيعدو خوفاً واسع الانتشار من الموضوعات غير المألوفة.

ويشير مارتين هربرت (1980) إلي أن : الأوضاع التي تخيف الطفل بشكل رئيسي قبل السن المدرسية، هي الأوضاع المرتبطة بإحساسه بالأمن، ومخاوفه المتعلقة بالغربة والمفاجأة. ويخاف الأطفال، على نحو نمطي، من الموضوعات التي لا يستطيعون التحكم فيها كالظلام والضجيج، وعواء الكلاب الكثيرة، والعواطف، والبحر، والأطباء، والغرباء. وينتقل خوف الأطفال، بالتقدم في السن، من

الموضوعات المادية أو الملموسة، إلي الموضوعات اللامادية وغير الملموسة، كما يـزداد عـدد المخـاوف مـن الموضوعـات الـتي يكتفـها الغمـوض، كـالظلام، والوحـدة، والحوادث، والاصابات، والناس الأشرار، وفقـدان الأقـارب أو موتـهم، والأمكنـة العالية، والتهكم، والعلاج الطبي، والفشل الشخصي والصحة السيئة.

وتشير الدراسات إلي أن مخاوف الطفولة شائعة، بحيث يمكن القول بأن خـوف الأطفال من موضوع أو آخر، خلال مراحل نموهم المختلفـة، هـو أمـر سـوي تمامـاً، فلقد بينت نتائج إحدى الدراسـات الـتي تنـاولت دراسـة مشـكلات السـلوك عنـد الأطفال العاديين أن 90٪ من هؤلاء الأطفال لديهم عدداً من المخـاوف،فـإذا كـانت درجة الخوف أثناء الطفولة، شديدة، فـلا يمكـن الحكـم علـى مـدي خطـورة القلـق الناجم عن هذا الخوف،إلا بالرجوع إلي الآثار التي يتركـها في حيـاة الطفـل اليوميـة. وقد يكون مفيداً للوالدين، أن يعرفوا أن المخاوف الطفولية، كالشمع الذائـب مؤقتـة وغير مستقرة، ولا تسبب الإعاقة ولا تدوم.

يوصف القلق، بأنه " خوف ينتشر في نفوس الضعفاء " فكلما تقدم الأطفال في السن كلما تحولت معظم مخاوفهم المتجهة نحو خطر واقعي، إلي قلـق غـامض، ويتفـق عـدد مـن الباحثين على أن سن الحادية عشرة، هو السن الذي يحـدث فيـه تزايـد حقيقـي في مخـاوف الأطفال وتبين أيضاً أن نصف مخاوف الأطفال في هذه السن، ترتبط بالبيئة المدرسـية، بينمـا ترتبط المخاوف الأخرى الظروف الأسرية ويتشكل الحادية عشرة، مرحلة حرجة، في حيـاة الطفل البريطاني،فهو ينتقل في هذه السن من مدرسـة اليـافعين إلي المدرسـة الثانويـة (بعـد اجتياز الامتحان)، وليس من قبيل المصادفة، أن تبلغ المخاوف المرضية من المدرسة، أوجها، في هذه السن ولسنا على يقين من الأسباب التي تجعل الطفل خائفاً في هذه المرحلة، بالرغم من إمكانية التفكير بالآثار المحتملة للتغيرات (الجسمية والانفعالية) الناجمة عن البلوغ والـتي تبدأ في الظهور لدى معظم الأطفال في هذه السن.

وتؤيد دراسة قامت بها زينب سـليم (1998) علـى أطفـال مـا قبـل المدرسـة وجدت أن الاستقرار الأسري ووجود أصدقاء للطفل وعدم وجود تهديد والتعـامل الودود بين أفراد الأسري تقلل إلي حد كبير شعور الأطفال بالخوف.

تعلم الخوف :

يتأثر تطور الخوف، على نحو طبيعي، بتاريخ الطفل، وبالوضع الذي تحدث فيه المواقف المثيرة للخوف. ويرتبط ميل الطفل إلي الاستجابة الزائدة للخوف،على نحو وثيق، بالحساسية الوراثية الخاصة بجهازه العصبي الذاتي. ومن المعتقد أن التأثيرات البيئية المبكرة جداً، وحتى تلك التي تعود إلي بيئة الطفل الأولي - رحم الأم - تجعل الطفل حساساً على نحو خاص، بحيث تكون استجابته للخوف زائدة، وهناك ما يشير إلي أن الطفل، قد يعدو أكثر عصبية وتوتراً، إذا وقعت أمه أثناء حملها به، تحت تأثير انعصاب شديد.

وتعتبر الخبرات العرضية المخيفة جداً معززات شرطية لحدوث الخوف في المواقف المشابهة الطفل، ويمكن لهذا الأشراط أن يستمر طويلاً. وبتعبير آخر، يتعلم الطفل " القلق " عن طريق ربط الخبرة غير السارة، بوضع معين. والأهم من هذا، هو أن كل الأطفال - وبخاصة الأطفال الذين يبدأون الحياة ولديهم استعداد طبيعي للقلق - يكونون أكثر استعداداً للعدوى بأثر الانفعالات التي يعبر عنها والديهم، فهم مستعدون لالتقاط أدني التلميحات التي تفصح عن مشاعر والديهم وتنتقل بعض المخاوف إلي الأطفال على نحو لا شعوري، ولا يقتصر انتقالها على الطريقة الكلامية فقط، بل يمكن أن تنتقل عن طريق الإيحاء أو الموقف. فقد تبين أن الامهات اللواتي احتفظن بهدوئهن أثناء الغارات الجوية في الحرب العالمية الثانية، أنشأت أطفالاً يميلون إلي الهدوء بينما نقلت الأمهات الخائفات خوفهم إلي أطفالهن. والتأكيد على أهمية هذه العدوى الانفعالية، لا ينطوي على أية مغالاة. إذ تبين وجود ارتباط بين عدد وأنواع مخاوف الأخوة والأخوات، كما تبين وجود ارتباط بين مخاوف الأم والطفل. فكلما كانت الأم أكثر هدوءاً واسترخاء، كلما كانت أكثر نزوعاً نحو تخفيض الحرارة الانفعالية لأطفالها.

التوجهات المرشدة في تخفيف مشكلات الخوف :

لقد تبين أن أكثر الطرق فعالية في مساعدة الطفل للتغلب على مخاوف،تتضمن ما يلي:-

1- مساعدة الطفل على تنمية المهارات التي يستطيع بواسطتها أن يتغلب على الموقف أو الموضوع المخيف وذلك بمحاولة ربطه بمثيرات سارة يستشعرها الطفل.

2- مساعدة الطفل على المساهمة التدريجية والاتصال الفعال بالموضوع أو الموقف المخيف.

3- توفير الفرصة للطفل، لكي يتعرف تدريجياً على الموقف أو الموضوع المخيف، وذلك ضمن شروط، توفير الوقت فرصة معاينة هذا الموضوع أو تجاهله.

وتتضمن الطرق التي تجعل الطفل، أحياناً، قادراً على التغلب على مخاوفه، ما يلي:-

1- التعليل اللفظي وإعادة الثقة.

2- التعليل اللفظي المترافق مع تطبيق عملي، يبين عدم خطورة الموقف أو الموضوع المخيف.

3- إعطاء أمثلة للطفل، لبيان عدم الخوف من الموقف أو الموضوع المخيف (يستشهد الوالدون عادة بأطفال آخرين لا يخافون).

4- أشراط الطفل بطريقة يعتقد فيها بأن الموضوع المخيف ليس خطراً، بل هو موضوع سار.

أما الطرق التي لم تتضح فائدتها فعلا فهي:-

1- تجاهل مخاوف الطفل

2- إكراه الطفل على الاتصال بالموقف أو الموضوع المخيف، في فترات متتالية.

3- إبعاد الموقف أو الموضوع المخيف، أو تقديم المسكنات للطفل.

المساعدة الذاتية تقليل الخوف :

اتضح أن الأطفال يستطيعون، التغلب على مخاوفهم دون مساعدة خارجية وذلك أما نتيجة لعملية النمو العامة، أو تتابع التكنيات التالية :-

1- يمكن للأطفال أن يمارسو عملية التغلب على مخاوفهم عندما يعمل الراشدين على مساعدتهم،أو بالترابط بالدمي المحببة لديه.

2- يستطيع الأطفال التحدث مع الناس الآخرين، حول الأشياء المخيفة.

3- يمكنهم مناقشة انفسهم حول واقعية أولا واقعية، المخلوقات أو الأحداث الخيالية المرعبة التي يخافون منها كالموت مثلاً.

ولا يتركز القلق على نحو حاد، فقد ينتشر على نحو حر، وقد يتبدي في الشعور التوتري.

5- مشكلات التوتر :

يظهر الطفل مشاعره على نحو أكثر صراحة، من الراشد الذي يستطيع أن يخفي انفعالاته ومشاعره جيداً، بحيث يستحيل على الآخرين أن يعرفوا ماهية شعوره. ويقول أحد علماء النفس على الرغم من أن الأطفال قد لا يظهرون المشاعر الانفعالية على نحو مباشر، من خلال سلوك يرتبط بالطريقة التي يشعرون بها، إلا أنه يمكن اكتشاف إجهادهم الانفعالي، بالتوتر، والضجر والحركات العصبية، وأحلام اليقظة، والهزهزة، والتبول المتواتر، وصعوبات النطق، وفقدان الشهية، والسلوك الطفولي، والصراخ المتكرر، والعناد، والهيجان الهستيري، والحركات العصبية، كقضم الأظافر، ومص الإبهام، ورف العين، والعبث بالأعضاء التناسلية.

إذا راقبت أطفالاً يشاهدون منظراً مخيفاً مثيراً للتوتر، في التليفزيون، فقد تراهم يقضمون أظافرهم، أو يمصون أبهامهم، أو يقرصون جلودهم، أو يشدون شعورهم.إن جميع هذه النشاطات سوية، وتقلل من التوتر الذي يواجهونه، وتحدث هذه النشاطات أيضاً، ولسوء الحظ، في حال غياب أية إثارة واضحة، وقد تستمر على نحو كاف بحيث يمكن اعتبارها، مشكلات توترية. وينزع معظم الآباء والامهات، إلي اعتبار هذه النشاطات السلوكية " عادات سيئة "، لأنها قبيحة وتسبب الإزعاج والإرباك، بينما يطلق عليها علماء النفس اسم " عادات التوتر أو الراحة " ويتمتع الأطفال بممارسة العادات التوترية على نحو مكشوف، بينما يتعلم الراشدون إخفاءها، وممارسة عادات مقبولة اجتماعياً بديلة.

أ- قضم الأظافر :

إذا تناولنا بالبحث عادة قضم الأظافر، كمثال، فإنما نوردها كسمة من سمات الطفل العصبي أو القلق، وقد تظهر هذه العادة بالفعل كجزء من زملة أعراض الاضطراب الانفعالي لكنها لا تنطوى على مشكلات خطيرة فقد بينت إحدى الدراسات التي شملت 4587 تلميذا بشيكاغو، أن ثلثي الصبيان الذين تتراوح أعمارهم ما بين الثامنة والحادية عشرة، يمارسون عادة قضم الأظافر بينما نقل نسبة البنات الممارسات لهذه العادة. وبينت دراسات أخرى أيضاً، أن هذه العادة سائدة بمعدل مرتفع بين الأطفال البريطانيين فإذا تناولنا مدي انتشار الأعراض الانفعالية العامة بين الأطفال لوجدنا أن كل طفل يظهر عرضين أو أكثر من هذه الأعراض حسب تقدير المعلومات وذلك من بين أطفال عينة تكونت من 239 طفلاً اختيروا من مدارس الحضانة والأطفال. وبينت نتائج هذه الدراسة أيضاً، أن متوسط الأعراض الانفعالية لدى هؤلاء الأطفال أكثر من ثلاثة أعراض بالنسبة لكل طفل.

ب- مص الإبهام :

إن المص العرضي للإبهام، ظاهرة شائعة من ظواهر النمو أثناء الطفولة المبكرة. وإذا حدثت هذه الظاهرة، على نحو منعزل - بدون دلائل على أعراض قلق أخرى - فلا حاجة لاهتمام الوالدين بها. ويعتقد بعض الباحثين أنه يمكن تفسير عادة مص الإبهام أو الأصابع بلغة نظرية التعلم. إن تقلصات الجوع عند الرضيع المولود حديثاً، متبوعة في الوقت ذاته، وعلى نحو دقيق، بإرضاع الطفل من الثدي أو الزجاجة، فيقوم الطفل بالمص، وتبدأ عملية التغذية التي يتلوها تدفق اللعاب، الأمر الذي يؤدي أخيراً إلي انخفاض درجة الأحساس بالجوع (اختزال الدافع). ويمكن القول نتيجة لذلك تقلصات الجوع تؤدي إلي مص الإبهام، الذي يؤدي بدوره إلي سيلان اللعاب، وبالتالي إلي خفض الشعور بالجوع. وأن استخدام الإبهام عوضاً عن مص حلمة الثدي، ينشأ عند مجرد تكرار الاتصال بين أصبع الطفل وفمه، الأمر الذي يحدث على نحو طبيعي تماماً في هذه المرحلة من السن. ومن الصعب أن نعلل لماذا لا يعدو بعض الأطفال مصاصي الإبهام.

ولقد تبين أن الأطفال الذين لا يمصون ابهامهم، لا يختلفون على نحو دال، عن الأطفال الذين يمارسون هذه العادة، ولذلك لدى تطبيق عدة مقاييس للشخصية على على هؤلاء وأولئك. فمن المحتمل أن يكون الأطفال بحاجة إلي المص لفترة زمنية معينة كل يوم وطبقاً لهذا الرأي، يمكن القول، بأنه إذا لم يتح لبعض الرضع الوقت الكافي للمص أثناء عملية أرضاعهم، فستزداد فرص مص الإبهام لدى هؤلاء الأطفال.

ويلجأ الآباء والأمهات غالباً، إلي استخدام تكنيات سلوكية معدلة بسيطة لاستئصال هذه العادات السيئة. فقد يحاول الآباء والأمهات القيام بضرب الأطفال أو السخرية منهم أو تأنيبهم، ويسود على نحو خاص، شكل من أشكال الاشراط الكرية أو المنفر، كوضع مادة ذات مذاق مر (الصبر) على الإبهام، بحيث تؤدي عملية المص إلي نتائج غير سارة. ولقد تبين أنه يمكن التحكم في عملية المص تجريبياً في المعمل باستخدام مبدأ شبيها بالتعزيز السلبي، إذ أمكن التحكم في هذه العملية عن طريق إطفاء جهاز التلفزيون أثناء بثه لأحد البرامج المفضلة لدى الطفل. في كل مرة يقوم بها هذا الطفل بمص إبهامه. فكلما أتبعت حركة الإبهام في الفم، يمنع التسلية عن الطفل، كلما انخفض ميل هذا الطفل إلي مص الإبهام، على نحو دراماتيكي، وينصح عادة باستخدام هذه الطرق (العقاب أو " الصبر المر" أو الحرمان من التلفزيون) في المنزل. فالعقاب " بسيط " فقط، عندما تعني به أمراً لا يتطلب براعة أو تفكيراً كبيرين، بيد أن للعقاب تعقيدات مضللة، وتأثيرات متناقضة، فقد يؤدي أحياناً إلي تضخيم السلوك الفعلي الذي يريد الوالدان إزالته. والأمر الأكثر أهمية من هذا، هو أن مص الإبهام ليس خطيراً إلي الحد الذي نسمح به باستخدام مثل هذه الطرق الدرامية العنيفة، وبخاصة إذا طبقت على حساب العلاقات الوالدية - الطفلية الحسنة (عبد المجيد نشواني، مرجع سابق).

وإذا تبين أنه من الضروري فعلاً، تخليص الطفل من هذه العادة (أن كانت حالة تستلزم المساعدة) ففي المتناول طرق أكثر إيجابية. ويصف أحد علماء النفس برنامجاً لعلاج عادة مص الإبهام، في كتابة " الإرشاد العائلي " كما يلي : " هناك وجود مفترض، لطفل أسمه هيثم " عمره أربع سنوات. لاحظ والده في البدء، أنه

يحتفظ بإبهامه داخل فمه حوالي 35 دقيقة، خلال الساعة التي تسبق موعد النوم. وتبين للوالدين بعد ذلك، ونتيجة لملاحظاتهما التي استمرت حوالي ثلاثة أيام، أن هذه العملية تأخذ شكل نمط ثابت. ودار بعد ذلك النقاش التالي بين الطفل والوالدين : هيثم، لقد قلت بأنك تريد التوقف عن مص إبهامك، ويبدو من الصعب عليك أن تفعل ذلك، حسن، ستساعدك على القيام بهذه المهمة، وسيكون الأمر ممتعاً بالنسبة لك. يمكنك ممارسة هذه العادة قبل ذهابك إلي النوم مباشرة، ولكن، إذا استطعت أن نبقي لمدة خمس دقائق فقط، دون أن تضع أبهامك في فمك، فعليك أن تدون علامة على البطاقة الموجودة على ظهر البراد (يريه البطاقة). وعندما تحصل على عشرة علامات، فسنقوم برحلة خاصة إلي حديثه الحيوانات ومن أجلك بالذات أنتبه، سأستخدم مؤقت المطبخ لضبط هذه العملية، ولنبدأ الآن بهذا العمل، هل أنت جاهز ؟ انتبه.. لا تضع إبهامك في فمك وستحصل على علامة.

وأعطي المؤلف تعليمات تفصيلية، لوضع هذا البرنامج، وبرامج أخرى، قيد التنفيذ، كما تناول بالبحث مشكلات أكثر خطورة. وقد تبدو هذه البرامج غريبة ومصطنعة بالنسبة للوالدين البريطانيين (مارتين هربرت، مرجع سابق).

وبخاصة، لدى إبرام " العقود " بينهم وبين الأطفال الأكبر سناً. وبالتحديد لدى دفع " الدين " أو " الثمن " في حال إنتاج سلوك تكيفي خاص.

يرى العديد من الناس، أن نظام الثواب والعقاب، يتسم بصفة " شبيهاً بالرشوة أو الابتزاز. لكن المعالجين الذين يستخدمون عمليات الأشراط الإجرائي، يقولون بأن عدداً قليلاً جداً من الناس فقط، يعملون من أجل لا شئ، ولا يعمل الناس على نحو واضح وصريح، الا طبقاً لما تنطوي عليه استراتيجيات التربية في الطفولة. فكما أنه من العسير علي الراشدين أن يتخلصوا من بعض العادات، كالتدخين مثلاً، فإنه من الصعب جداً أيضاً على الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية، أن يغيروا سلوكهم المشكل. فالغايات (إذا كانت تنطوي فعلاً على حياة أكثر إيجابية بالنسبة للطفل) نبرر الوسائل. فالغلبة القصوى من العلاج، هي تحويل الطفل من الثواب العرضي (الخارجي إلي التعزيز الذاتي (الداخلي)،

الذي يكتسب صفة الدوام والاستمرار الذاتيين. لأنه يفترض في حالة نجاح الطفل في التمكن من خبرة معينة، كالتخلص من عادة مص الإبهام مثلاً، أن يستمر في التمكن من خبرة معينة، كالتخلص من عادة مص الإبهام مثلاً، أن يستمر في العمل للاحتفاظ بهذا النجاح، لأنه يزوده برضي ذاتي.

ولا تستلزم عادة مص الإبهام، أثناء السنتين أو الثلاث الأولي من العمر، وجود أية مقاييس خاصة، وإرشاد الوالدين في هذه المرحلة، هو أفضل طريقة يمكن اتباعها. فمعظم خوف الآباء الناجم عن عادة مص الإبهام يقوم بناء على ما تشيعه الأفكار الخرافية التقليدية، تلك الأفكار التي يمكن اهمالها في جميع الأحوال. وبالرغم من أن هذه العادة لا تتضمن بذور كارثة مستقبلية، الا أنها ليست افضل أو أنفع شئ يمكن أن يمارسه الطفل الكبير نسبياً. وصحيح أن الطفل يتمتع بممارسة هذه العادة، كما يكره الإقلاع عنها، إلا أنه يستطيع الفطام عنها، والتحول إلي لذات أخرى، خصوصاً إذا تبددت الاحباطات التي دعمتها وليست الأم بحاجة إلي الوقوف بجانبه ومراقبته باستمرار، فقد يؤدي انتباه الأم المركز بوضوح على عادة مص الإبهام، إلي تعزيز السلوك الفعلي الذي ترغب في إزالته. ويمكنها عادة أن ترسل الطفل في مهمة معينة، أو تعطيه شيئاً آخر يقوم به، عندما تراه واضعاً إبهامه في فمه. فإذا كانت إصابعه مشغولة بنشاط ممتع، فإنه لا يستطيع القيام بعضها في ذاته.

وعندما ينام الطفل، وإبهامه في فمه، تستطيع الأم، إذا أرادت، أن تنزع الإبهام دون جلبة أو ضوضاء، إلا أن المسألة ليست مهمة إلي درجة تتطلب بقاءها في غرفة الطفل لمراقبته، أو تأخير موعد نومها. والشئ الأساسي هنا، هو أن تعمل الأم على تخليص نفسها من مخاوف لا مبرر لها، وأن تجعل الطفل مشغولاً على نحو سوى أثناء النهار، وبهذه الطريقة، ستقل هذه العادة تدريجياً فالعديد من الأطفال، يهجرون عادة مص الإبهام لدى دخولهم المدرسة، إذ كما يمكن للطفل أن ينبذ الدمي ووسائل المتعة الأخرى، بمجرد قلها أو فقدانها، متعللاً بذريعة بسيطة، وهي عدم أمكان رجوعها أو استعادتها، ويتعزز شعور الطفل بالنضج عندما يشعر بأنه قادر على التعرف بدونها. ومن الممكن إنجاز جميع هذه الأشياء بطريقة واقعية وهادئة ويمارسه

أنشطة يدوية محببة كبناء المكعبات أو التلوين والرسم والتلصيق والإنتاج الفني من الكولاج أو العزف على الأدوات الموسيقية والمهم أن تنشغل الأصابع في أشياء ممتعة وتشعر الطفل بالإنتاج وتحقيق الذات..

6- مشكلة الغضب :

إن التعبيرات السلبية للانفعالات تسبب الأذي والإزعاج للآخرين وأكثر هذه التعبيرات إزعاجاً هو الغضب ويمكنك أن تتعرف على الغضب من خلال إشارات مثل: الجذ على الأسنان وضغط الشفاه أو تكشيرها عن الأسنان واحمرار الوجه والعبوس، وربما تضيق فتحتا العينين ويتوسع المنخران وتشتد عضلات الرقبة. ويكثر البكاء ويعلو الصراخ، ويبدأ الضرب والركل أو حتى العض. ومما يدل أيضاً على الغضب الانسحاب بحزن وكآبه والحملقة. وتبدأ هذه الإشارات عند الشعور بالغضب وتسمر حتى تصل حد الغيظ.

إن الغضب هو أقسي التعبيرات على الأب والأم، كما أنه أكثرها عرضة لسوء الفهم. ومن الصعب ألا تأخذه على محمل شخصي، ومن الصعب أيضاً أن تسترضي الطفل الغاضب أو تواسيه. فتعال نلق نظرة لنعرف ما هو الغضب ؟ وكي يثار؟ وماذا يعني؟ أولاً وقبل كل شئ يجب علينا أن نتذكر أن الغضب هو إشارة مرتبطة بالدماغ، وعندما يغضب الأطفال لا يستطيعون التحكم في الموقف، والتعبير عن الغضب بطريقة مناسبة يعتبر دليلاً للنضج والنمو.

ومن السهل أن ترى كيف أن المعاناة قد تؤدي إلي الغضب تذكر فقط ما يحدث عندما تصطدم إصبع قدمك بقائمة السرير ففي اللحظة الأولي تشعر بالألم والمعاناة. ولكن بعد ثوان يزداد الألم ويظهر الأثر، فتبدأ بالغضب وتشعر برغبة في أن تسب وتشتم أو تضرب المتسبب في حدوث هذا الألم. وبالمثل تكون ردة فعل الطفل الذي يعاني من شئ ما. ولعلك تلاحظ ذلك عندما يتعثر طفلك ويقع على حافة الطاولة بداية يطلق صرخة ويبدأ بالبكاء ولكنه بعد ذلك يمتلئ غضباً عليك أو على الطاولة. وعلاوة على ذلك لا يقتصر مثير الغضب على اشتداد الإشارات السلبية

كالخوف مثلاً. وإنما يتعدى ذلك إلي إمكانية إثارة الغضب بإنقطاع الإشارات الإيجابية كالاهتمام والاستمتاع. وهذا الانقطاع يؤدي إلي المعاناة التي تؤدي بدورها إلي الغضب. وعندما تستطيع أن تميز متى تتحول معاناة طفلك الشديدة إلي غضب، فاعلم أن الحل هو أن تريحه من سبب انزعاجه الأساسي. لا تجادل الطفل ولا تقمع الغضب، بل ركز على ما أثار الغضب. كما أن من الضروري جداً أن تنتبه إلي نفسك وتتحكم بغضبك الذي قد يثار في ردة فعلك على انفجار طفلك بالغضب فإذا استطعت أن تتبع هذه الخطوات فإن طفلك سيبدأ بالربط بين اعترافك بالغضب ومساعدتك في إزالة السبب وتحكمك بردة فعلك، وبين محاولته للقيام بتغيير إيجابي. وهكذا يتعلم الطفل أن الانفجار غضباً وفقدان السيطرة ليس ضرورياً وقد لا تنجح في البداية، ولكن مع مرور الوقت إذا اتبعت هذه الخطوات الأساسية ستتعلم كيف تعالج تعابير الغضب المختلفة عند طفلك وستعلم طفلك ذلك أيضاً.

كيف نتعامل مع الغضب :

حتى تتغلب على غضب طفلك عليك أن تعالج استجاباتك الانفعالية أولاً. فمن الناحية العملية يعتبر الغضب شعوراً معدياً بدرجة عالية. أي أن الغضب عند شخص ما قد يؤدي بسرعة إلي الغضب عند الشخص الذي يتعامل معه، ولهذا كثيراً ما نرى أن العديد من الآباء والأمهات يستجيبون لغضب طفلهم بغضب مماثل وقلماً يدرك الآباء والأمهات أن الغضب هو استجابة طبيعية وراثية لمثير معين أو صرخة معاناة. وعوضاً عن ذلك ينظرون إلي الغضب أنه هجوم شخصي يجعل ردة الفعل عندهم دفاعية وبالمقابل إذا سيطرت على غضبك في مواجهة غضب أبنك سيبدأ أبنك بالرب بين عملية اعترافك بالغضب ومساعدتك في إزالة أسباب وتحكمك في ردود فعلك إزاء الغضب.

ومن الأفضل أيضاً أن تعملي على تخفيف حدة غضب الطفل من خلال اعترافك به، فلا تكبتي الغضب ولا تنكرية ولا تنتقديه ولا تحتقريه وركزي بعد ذلك على معالجة الأسباب التي أثارت هذه الحالة. ولنأخذ مثالاً على ذلك وضعف

طفلك في كرسيه وأعيته سيارة ليلعب بها، وصار يأكل ويلعب في القوت ذاته وقعت السيارة وأخذ الطفل يتذمر ولكنك تجاهلت الأمر لاعتقادك أن اهتمامه يجب أن يكون على الطعام واستمر الطفل بالتذمر فاقترحت عليه " هممم كم هذه البطاطا لذيذة " ولكنه فجأة انفجر بالبكاء وصار يضرب بيديه على صينية الطعام لأنك لم تعطه سيارته التي وقعت نفذ صبرك وقلت بحدة " هيا كل وانس أمر السيارة ولكن الطفل أغتاظ أكثر " واحمر وجهه وقبض كفيه وبدأ يصرخ وأخيراً اضطررت للإقرار بأهمية السيارة فالتقطتها وقلت له بلطف " حسناً، ها هي سيارتك ". فإن قلت له بلطف واسترضاء وبنبرة بعيدة عن الانتقاد فهناك احتمال جيد أنه سيتوقف عن البكاء لأنه " تكلم " وكلامه " سمع " أما إن رفضت إعطاءة السيارة فإن الحالة ستتطور لتصبح معركة بين إرادتين إرادتك مقابل إرادة الطفل.

وأخيراً تذكري أن هناك دائماً بدائل. إذا اضطررت لمقاطعة تعبير الاهتمام والاستمتاع عند طفلك فإن هناك نشاطات وأشياء عديدة أخرى متوفرة يمكنها أن تثير الاهتمام عنده من جديد. والحل هو أن تفكري في البدائل عوضاً عن ردود أفعال لا تأتي بنتيجة.

ومع ذلك فقد تفشل أحياناً كل مهارات الإدارية ويبقي للغضب زخمه الخاص. فقد يكون ذل نتيجة لتراكم الخيبة والإحباط. فيأتي الغضب كردة فعل (القشة التي قصمت ظهر البعير). فقد يكون هناك أكثر من مثير للمعاناة، ولا توجد طريقة سهلة وبسيطة لمواساة الطفل، أو ببساطة قد يتولد الغضب من الغضب نفسه.وقد يتصعد الغضب عند الطفل إلي حد يصعب على الطفل أن يهدأ. فإن حصل ذلك فقد يحتاج الطفل إلي وقت حتى يستعيد التوازن. فإن كان الطفل يعض أو يرمي بالأشياء، فقد تحتاجين إلي فعل أي شئ حتى تهدأ هذه الحالة ن وفيما بعد يمكنك أن تعرف ما حصل، ولعلك تحتوينه بضمك إياه إلي حضنك أو تقولين له : " سأتركك وحدك الآن، وهذه العابك عندك وبعد أن يهدأ يمكنك أن تتكلمي معه عما حدث.

7- مشكلة العدوان :

يقصد بالعدوان السلوك الذي يلحق الأذى والضرر بالآخرين أو بالذات أو بالأشياء المادية.

بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم السلوك العدواني :-

من خلال استفتاء مفتوح قدم إلي معلمات رياض الأطفال عن أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً عند طفل الروضة، أظهر الاستفتاء أن المعلمات يخلطن بين مفهوم العدوان وغيره من شيوعاً عند طفل الروضة، أظهر الاستفتاء أن المعلمات يخلطن بين مفهوم العدوان وغيره من المفاهيم المتداخلة معه مثل الشجار، وتدعيم الذات والتأكيدية ومن هنا ظهرت ضرورة التمييز بين هذه المفاهيم.

أ- الشجار Quarreling :-

قد يخلط البعض بين العدوان والشجار ولكن العدوان يختلف عن الشجار فالشجار ينطوي على جدال ونقاش ومحاورة غاضبة وينتج كفعل مشترك بين أثنين فالشجار يبدأ بهجوم استفزازي من شخص على آخر يحتدم بينهما المواقف، بينما العدوان فعل فردي على فرد آخر يأخذ دور المدافع أو المنسحب.

ولكن كلاهما ينطوي على شحنة انفعالية ويرتبطان ببعضها البعض، والشجار بين الأطفال سببه أن الطفل البادئ لا يعرف كيف يقيم علاقات اجتماعية أكثر نضجاً وقيمته أنه يعلم الطفل بطريقة عملية ما يقبله غيره من الأطفال وما يرفضونه (زكريا الشربيني، 1994، ص 94).

ب- العداء Hostility :-

يرى بعض العلماء أن كلمة (عدواني) قد تعني أحياناً نوعاً من السلوك الإيجابي كالمبادأة أو تأكيد الذات، بينما كلمة (عدائي) تشير إلي العنف والقوة وغيرها من الظواهر السلبية الأخرى.

ولكننا نجد في اللغة العربية أن كلمة (عدواني) مصبوغة تماماً بالصيغة السلبية.

ولقد حاول (ميسون) أن يميز بين العدوان والعداء من منظـور أخـر ألا وهـو الدافع الذي يكمن خلف السلوك، فإذا كان السلوك مدفوعاً بالرغبة في إيذاء الأخـر فهذا يعبر عن العداء أما إذا كان السلوك لتحقيق أهداف غير عدوانية فإنه يعـبر عـن العدوان وليس العداء.

ولقد فرق (زيلمان Zillman، 1979) بين العدوان والعداء مركزاً علـى الحالـة الدفاعية لكل منهما. فأشار إلي أنه أي نشاط يقصد بـه الشـخص الإيـذاء البدنـي أو الألم لشخص آخر يطلق عليه سلوك (عدواني) بينما أي نشاط يقصـد بـه الشـخص إيذاء الآخرون دون أن يتضمن ذلك إيذاء بدنياً يطلق عليه سلوك (عدائي).

ج- العدوانية Aggressiveness :-

يرى (أحمد عزت راج، 1985) أن العدوان سلوك، أمـا العدوانيـة أو الميـل إلي العدوان دافع. (أحمد عزت راجح، 1985، ص 466).

ويشير مصطلح (العدوانية) إلي الميل نحو دفع اهتمامات وأفكار الفـرد للأمـام كما أنها تتضمن المبادأة والبحث عن الذات والسيادة والميل للإقدام وقوة العزم.

والنزعة العدوانية سمة سلوكية تتألف من بعض المتغيرات النفسية مثل تـأكيد الذات والسيطرة الاجتماعية والميل إلي الكراهية. (جابر عبد الحميد -= علاء الديـن كفافي، 1988، ص 101).

د- تدعيم الذات :-

ميز (فيشباخ، 1970) بين السلوك العدواني، وسلوك تدعيم الذات الذي يعني تعبير الشخص عن حقوقه وقد يترتب على هذا التعبير الإزعـاج أو الاعتـداء علـى الآخرون ويرى أن الدفاع عن النفس حق من حقوق الفرد وهو شـكل مـن أشـكال التكييف الإيجابي مع البيئة (نايفة قطامي - عالية الرفاعي، ب - ت، ص 125).

اشكال العدوان :-

يمكن أن نصنف أشكال العدوان :

1- من حيث الأسلوب :

أ- العدوان اللفظي Verbal Aggression أو الإرشادي أو الرمزي :

وهو استجابة صوتية تحمل مثير ضار بمشاعر كائن حي أخر. ويأخذ صورة الصياح أو القول أو الكلام أو السباب أو الشتائم أو المنابزة بالألقاب ووصف الآخرين بعيوبهم أو صفاتهم السيئة واستخدام كلمة أو جمل التهديد أو استخدام الإشارات مثل إخراج اللسان أو البصق. (مديحة العزبي، 1981، ص 249).

ب- العدوان البدني Physical Aggression

حيث يستخدم فيه الجسد أو بعض أجزائه للاعتداء على الآخرين فتستخدم اليد - الأظافر - الأرجل - الأسنان - بواسطة استخدام الأسلحة..... الخ. وهذا العدوان لإيقاع الألم والضرر بالآخرين.

ج- العدوان نحو الذات:-

نجد العدوان عند بعض الأطفال المضطربين سلوكياً قد يتجه نحو الذات ويهدف إلي إيذاء النفس وإيقاع الضرر بها مثل تمزيق الطفل لملابسه أو كتبه أو أدواته أو لطم الوجه أو شد الشعر أو ضرب الرأس أو جرح الجسم بالأظافر أو العض.

د- العدوان على الممتلكات :-

يقصد به تدمير الفرد وتخريبه لممتلكات الغير وإتلافها وذلك مثل التكسير والحرق وسرقة الممتلكات والاستحواذ عليها سراً وعلناً.

2- من حيث الغرض :-

أ- العدوان المقصود ويشمل :

1- العدوان الوسيلي Instrumental Aggression

وهو العدوان الذي يسلك فيه صاحبه بطريقة عدائية من أجل الحصول على ما لدي الشخص الآخر وليس من أجل إيذائه.

2- العدوان العدائي Hostile Aggressive

وفيه يكون الفرد عاقد النية على القيام بالعدوان وعلى أخذ حقه عن طريق العدوان، أو هو سلوك يهدف إلي إيذاء الآخرين والاعتداء عليهم.

ب- العدوان العشوائي أو العدوان غير المقصود :

قد يكون السلوك العدواني أهوج وطائشاً ذو دوافع غامضة وغير مفهومة وأهدافه مشوشة وغير واضحة وتصدر من الفرد نتيجة عد شعوره بالخجل والإحساس بالذنب وهو بذلك ينطوي على أغراض سيكوباتية في شخصية الفرد. (نايفة قطامي - عالية الرفاعي، ب - ت، ص 152).

3- من حيث الاستقبال :-

أ- العدوان المباشر :

وذلك إذا وجهه الفرد مباشرة للشخص مصدر الإحباط وذلك باستخدام القوة الجسمية أو التعبيرات اللفظية وغيرها.

ب- العدوان الغير مباشر :

عندما يفشل الفرد في توجيه العدوان مباشرة إلي مصدره الأصلي خوفاً من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم الندية فيحول إلي شخص آخر أو شئ آخر تربطه صلة بالمصدر الأصلي. (زكريا الشربيني، 1994، ص 88).

كما أن هناك العدوان الفردي والعدوان الجمعي :-

العدوان الفردي :-

يوجهه الطفل ضد شخص بالذات طفلاً كان (أخيه وزملائه) أو كبير مثل أمه وأبيه لعدة دوافع سواء للتملك أو للسيطرة والقوة أو المنافسة.

والعدوان الجمعي :-

هو عدوان الجماعة كلها على شخص أو أكثر من شخص مثل الغرباء أو الدخلاء المستجدين، فعندما يقترب طفل غريب من مجموعة من الأطفال منهمكين في لعبة ما يحاول أفراد المجموعة إبعاده والاعتداء عليه دون اتفاق أو تدبير سابق.

وقد يكون ضد الكبار وفيه يعبر الطفل عن جانب البغض الذي يدخل في تكوين شعور الطفل المزدوج نحو والديه والسلطة بوجه عام ويأخذ صوراً غير مباشرة مثل تكسير حاجات الكبار وممتلكاتهم كمقاعدهم وأدواتهم.

قسم (فرويد Froud) العدوان إلي نوعين السوي البناء والمرضي الهدام وقسمة (فروم Froom) إلي عدوان حميد ومرضي.

العدوان الإيجابي :-

ترى (كلارا طومبسون Clara tompdone) أن العدوان ليس دائماً مدمراً، فهو قد يكون درعاً واقياً ضد التهديد والخطر وهو أيضاً أساس الإنجاز الفكري وتحقيق الاستقلال.

العدوان السلبي:-

مثل العناد والمماطلة وإقامة العراقيل والكراهية والنفور والعصيان وإحباط الآخرين ومخالفة قوانين السلطة والتحدي والتجسس بغرض التهديد والابتزاز.

ويعتبر الإهمال شكلاً من أشكال العدوان السلبي فهو يتضمن اللامبالاة والتحقير والتقزز والاشمئزاز ويخلق هذا النوع من العدوان عدوان مضاد يأخذ أشكالاً أخرى، والعدوان يصبح سلبياً إذا تحول عن وعي أو غير وعي إلي سلاح يؤدي إلي الموت والخراب للإنسان والبيئة. (سعد المغربي، 1987، ص 25 – 27).

ويتوقف ميل الطفل أن يكون عدوانه صريحاً على :

1- شدة الرغبة في إيذاء الآخرين.

2- درجة إحباط البيئة وإثارتها للميول العدوانية.

3- كمية القلق والشعور بالإثم المرتبط بالعدوان.

وستهتم الباحثة في دراستها بأشكال السلوك العدواني (البدني، اللفظي، الموجه نحو الممتلكات، الموجه نحو الذات).

سيكولوجية العدوان والنظريات المفسرة له :-

1- النظرية البيولوجية Biological Theory

وأصحاب هذه النظرية يفترضون أن السلوك المشكل يمثل خطأً وراثياً أو بيولوجياً وأن بعض المشكلات السلوكية ومنها العدوان هي بمثابة دلائل عن وجود ضرر وراثي أو خلل في أداء المخ لوظائفه أو عدم التوازن الكيميائي الحيوي، وطبقاً لهذه النظرية فأن مثل هذه المشكلات يمكن علاجها باستخدام العقاقير أو الجراحة أو الكيماويات والتمارين.

ولاستجابة العدوانية مرهونة بعدة عوامل:-

والوراثة والعوامل الجينية: وتعتبر الوراثة من العوامل الهامة المسببة للعدوان، وأكدت على ذلك الدراسات التي أجريت على التوائم، حيث وجدت أن الاتفاق في الأجرام بين التوائم المتماثلة أكثر من الغير متماثلة، كما يعتبر شذوذ الصفات الوراثية من أحد مسببات العدوان حيث لوحظ أن السلوك العدواني المضاد للمجتمع يكثر عند الأفراد اللذين لديهم الجين الوراثي (XYY). (خالد أبو الفتوح، 1999، ص 55).

عوامل فسيولوجية وهرمونية : دلت عدد من التجارب التي أجريت أنه عندما تتأثر الغدة الهيبوسلامية Hypothalamus الموجودة في قاع المخ بالتيار الكهربي تبدو على الكائن الحي جميع أعراض السلوك العدواني مع عدم وجود مسبب يثير مثل هذا السلوك.

2- النظرية الغريزية او نظرية التحليل النفسي :-

يرى أصحاب هذه النظرية من علماء التحليل النفسي أن العدوانية صفة سائدة وعامة، وأن بعض الظواهر مثل السادية تدل على الاستمتاع الفطري لإيذاء الآخرين والذات. كما أن العدوانية تحدث في مرحلة مبكرة من النمو لذا يقال عليها إنها شئ فطري.

ويعتبر فرويد Froud أول من تناول هذه النظرية وهو يرى أن العدوانية واحدة من الغرائز الأولية. فالعدوانية الطبيعية لدى الفرد ضد ذاته يمكن أن تتجه ضد العالم الخارجي. (فالثاناتوس Thanatos) هي غريزة الموت وكل ما يدخل تحت فكرة تدمير الذات داخل أنفسنا، والناس يحطمون ويؤذون الآخرين والأشياء حتى لا يحطموا أنفسهم، فالفرد يحمي نفسه من تدمير الذات عن طريق البحث عن قنوات خارجية للعدوان.

وتبعاً لهذه النظرية فالسلوك العدواني ينبع إما من غريزة (الموت) أو (الجنس) طاقة البحث عن المتعة أو من كلتهما معاً و (الهو) مخزن اللاشعور للطاقة النفسية والدوافع البدنية وهو ذلك الجزء من الجهاز النفسي الذي يضم العدوان.

ويرى فرويد Froud وأدلر Adlar إن السلوك العدواني كما قلنا سلوك فطري يولد مع الطفل واعتبراه أحد المكونات الأساسية للغريزة الجنسية وفي إطار الدفاع الجنسي وذهب فرويد إلي أن الدفاع الجنسي يقترن عن الرجل بالسيطرة والتسلط وهو من مظاهر السلوك العدواني، ثم غير فرويد رأيه في العدوان بعد ذلك وأعتبره عاملاً متمايزاً عن الغريزة الجنسية. (فؤاد البهي، 1980، ص 184).

وأشار فرويد Froud إلي أقطاب أربعة تنشط في محتوى اللاشعور وهي (الحياة والجنس والموت والعدوان) ومن ثم زعمت هذه المدرسة أن الميل إلي العدوان (على النفس وعلى الغير) من مكونات اللاشعور عند الطفل ويؤثر ذلك على سلوكهم المنظور.

ويرى أدلر Adiar أن الدافع الأساسي في حياة الفرد والجماعة هو العدوان

وهو أساس الرغبة في التميز والتفوق وهو أساس إرادة القوة،÷ وإرادة القوة هي أساس الدوافع الإنسانية.

ويشير أريكسون Ericson إلي أن العدوانية انحراف ثابت مقبول في مسار النمو فهو يراها ظاهرة نمو (هنري ومايز، 1981، 219).

وافتراض (لورنز Loranz) أن الطاقة العدوانية تنبعث من غريزة المقاتلة التي تنتج تلقائياً من الكائن العضوي بطريقة مستمرة وثابتة وتتراكم مع مرور الزمن وتثار السلوكيات العدوانية إذا وحدت كمية الطاقة هذه مثيرة حتى ولو ضعيف.

أما إذا تراكمت هذه الطاقة مدة طويلة يؤدي هذا إلي انفجارها وإثارة السلوك العدواني بطريقة تلقائية مع غياب مثير مسبب لها.

ويرى لورنز Loranz أن العدوان يحدث لإشباع حاجات الفرد حينما يشعر بتهديد خارجي. ويختلف مع (فرويد Froud) في اعتقاده أن الطاقة العدوانية لا تطلق إلا تحت تأثيرات خارجية من سب وقتل.

ومن المحللين النفسيين والمنشقين عن نظرية (فرويد) العالم (يونج) الذي وحد بين غريزة الموت والحياة تحت اسم (الليبدو) وهما وجهين متناقضين الحب والكراهية وعندما يظهر أحدهما يختفي الآخر وعندما تهدد (الأنا) يخرج السلوك العدواني لمواجهة هذا التهديد والإحباط (أحمد عكاشة، 1984، ص 26).

العدوان في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory

تقوم هذه النظرية في أساسها على تعلم العدوان وأنه سلوك مكتسب يتعلمه الطفل من مصادر مختلفة من أهمها القدوة.

وفيها يشير بندورا Bandura إلي أهمية القدرة أو النموذج بالنسبة للطفل في تعلمه المهارة الاجتماعية واكتسابه للاتجاهات أو أنماط الداء المتعددة. (سعد عبد الرحمن 1988، 81).

وتفترض إن العدوان لا يختلف عن أي استجابات متعلمة أخرى ومن الممكن

أن يتم تعليم العدوان عن طريق الملاحظة أو التقليد وكلما دعم زاد احتمال حدوثه.

وقد لوحظ ازدياد درجة العدوان لدى الأطفال الضانة الذين شاهدوا نماذج عدوانية لأشخاص رائدين مع لعب بلاستيكية، أو أفلام مصورة عن أشخاص يتصرفون بعدوانية وفي أفلام الكرتون أيضاً.

ولكن تعلم سلوك معين وممارسته شيئان مختلفان، فالطفل الذي شاهد أطفال آخرين يتعاركون يتعلم كيف يقاتل إما قدرته على ممارسة نفس السلوك في ظروف مماثلة يعتمد على عدة متغيرات أخرى من بينها كونه حصل على ثواب أو عقاب نتيجة لسلوكه العدواني.

ويشير صاحب هذه النظرية إلي اربع حلقات متتابعة في عملية التعلم وهي:

1- الانتباه Attention

2- الاحتفاظ Retention

3- الأداء الحركي Motor Reproduction

4- الدافعية Motivation

والعوامل التي تساعد على استمرار السلوك العدواني في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي هي:-

أ- التدعيم المباشر الخارجي المتمثل في امتداح الوالدين والمجتمع لسلوك الفرد العدواني.

ب- تعزيز الذات: إذا يرى المعتدي أن سلوكه يجلب له نفعاً ويحقق له المصلحة.

ج- التدعيم الإبدالي متمثلاً في الكسب المادي الذي يحصل عليه المعتدي وتخليصه من الأضرار.

د- التحرر من العقاب الذاتي. وذلك بأن يحرر المعتدي نفسه من الصفات الإنسانية ويقنع ذاته إن المعتدي عليه يستحق الاعتداء عليه وإلحاق الأذي به.

1- العدوان في ضوء النظرية المعرفية Cognitive Theory

ركز علماء النفس المعرفيون معظم دراستهم وبحوثهم حول الكيفية التي يدرك بها العقل الإنسان وقائع وأحداث معينة في (المجال الإدراكي) أو (الحيز الحيوي للإنسان) كما يتمثل في مختلف المواقف الاجتماعية اليومية وانعكاسها على الحياة النفسية للإنسان مما يؤدي به إلي تكوين مشاعر الغضب والكراهية.

وهذه المشاعر تتحول إلي (إدراك) داخلي يقود صاحبه إلي ممارسة السلوك العدواني ولذلك كانت طريقتهم في العلاج والتحكم في السلوك العدوائي عن طريق التعديل الإدراكي (أي تعديل إدراك الفرد) بتزويده بمختلف المعلومات والحقائق المتاحة في الموقف ليتضح أمامه المجال الإدراكي ولا يترك فيه أي غموض أو إبهام ويجعله مستبصراً للعلاقة بين السبب والنتيجة.

ومن هنا بدأت نظرة جديدة من قبل الباحثين لدراسة العدوان الاندفاعي أو الانفعالي الذي يعكس نظم الأفكار والمعتقدات، وتوجد عدة نظريات معرفية متضمنة نظرية الإنفعال في تفسيرها للسلوك العدواني ومنها :

2- نظرية العدوان الانفعالي Emotional Aggression

أكد عدد كبير من علماء النفس الاجتماعي على وجود نوع من العدوان هدفه الأساسي الإيذاء وهو ما يسمي بالعدوان العدائي Hostile Aggression أو Aggression العدوان الغضب Angry Aggression وهذا النوع من العدوان ممتعاً لصاحبة فهو عدوان بلا سبب ومن أجل المتعة لتحقيق الإحساس والضبط والسيطرة وهذا النوع يظهر بدون تفكير.

3- العدوان ونظرية اللذة والألم أو نظرية السرور :

والتي قدمها بعض العلماء المحدثين مثل أدوادز والتي ترى أن السلوك العدواني تعبير عن انفعال من نوع خاص، فانفعال الطفل يظهر في المواقف التي يشعر فيها بلذة أو سرور من نوع ما.

وعلى ذلك فالاتجاه النفسي هو خلفية أي سلوك عدائياً كان أو غير ذلك. والاتجاه نحو الذات يتكون من الصغر وللأسرة الدور الأول في تعليم هذا النوع من الاتجاه والذي يتحول إلي اتجاه عشق الذات وهذا الاتجاه يؤدي أولاً إلي سلوك العظمة والعلوية ثم إلي السلوك العدواني الذي يحرمه المجتمع. وعندما يصطدم الطفل بالواقع في المجتمع يزداد العدوان لديه، ويساعد الأسرة في ذلك وسائل الإعلام والمجتمع الذي يؤكد سمو لون على لون وعرق على عرق وطبقة على أخرى.

ومن أهم الإعاقات التي تراها هذه النظرية والتي تؤدي إلي السلوك العدواني هو شعور الفرد بالفوارق الطبقية التي تفوق تحقيق ذاته ولهذا يعتدي بالتخريب - والتدمير على نواتج هذه الظروف.

8- مشكلة الخجل :-

يوجد ثلاثة أنواع من الخجل :

أ- خجل طبيعي : وهو الخجل المطلوب حيث يقول الرسول صلي الله عليه وسلم " الحياء نصف الإيمان " وعلى الإنسان أن يتحلى به.

ب- الخجل المصطنع : ونراه عندما يتظاهر به الفرد في مواقف معينة

ج- الخجل المرضي : والذي فيه يظهر الفرد أعراض إنعالية خاصة كبرودة في الأطراف عند مقابلة أجد لأول مرة أو عند الحديث مع الآخرين يسأل نفسه كثيراً عما يتحدث ويدق قلبه بسرعة زائدة لأنه يحمل عبء ما سوف يقوله خاصة إذا استغرق وقت حديث مع الآخرين فترة طويلة.

والشخص الخجول خجل مرضي يكون فطيناً في الحديث مع النفس.

الطفل الخجول :-

يتواتر الخجل غالباً أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، ثم يأخذ بالانخفاض التدريجي، ليعود ثانية في مرحلة المراهقة. وكما ذكر سابقاً، يعدو الأطفال في الشهر

السابع أو الثامن من أعمارهم، أكثر خجلاً لدى مواجهة الغرباء. ويتغلب الطفل تدريجياً على خجله أثناء تقدمه في السن، حيث يشعر أنه أقل اعتماداً على أمه وأبيه، والآخرين ذوى الأهمية الحالية بالنسبة له. إلا أن معظم الأطفال يستمرون في الشعور بعدم الثقة الكاملة بأنفسهم وبالخوف من المواقف الغريبة. كما يشعرون في أغلب الأحوال بالصراع لدى مواجهة الغرباء ويبدون من خلال سلوكهم الظاهري بأنهم ينجذبون نحو الغرباء إذ يقومون باتصالات بصرية للاقتراب منهم، وينزعون إلي الاهتمام بتفاعلات اجتماعية أكثر بعداً، وذات أنواع مختلفة، فإنهم في الوقت ذاته خائفون، على نحو واضح، وقد وصلت نزعاتهم التجنبية بأنها كالاحتفاظ بمسافة ما بينهم وبين الغرباء، أو تجنب الاتصال البصري معهم، أو إشاحة الوجه عنهم، أو القيام بإغلاق العينين... الخ. ويوجه معظم الأطفال هذا الطور من الخجل عاجلاً أم آجلاً.

هو ليس مجرد انتقاد أفعال غير لائقة. وإنما ما يتولد عنه من الإحساس عند الطفل بأن هناك عيباً ما فيه هو بذاته.

إن سوء استعمال الخجل يمكن أن يسبب الأذي للطفل، فمثلاً إذا دفعت الطفل للخجل من خلال التركيز على الطفل نفسه لا على التصرف غير المرغوب فيه أو إذا استخدمت الخجل المفرط لتغيير سلوك ما فقد تسبب أذي مدمراً في شعور الطفل بتقدير الذات. فإذا أردت أن تغير سلوكاً ما عند الطفل فبإمكانك أن تستعمل مشاعر الطفل الإيجابية في الاهتمام والاستماع لتوصل إليه رغبتك في تغيير سلوكه. ولحسن الحظ فإن هذا ينجح في معظم حالات السلوك المرفوض. فيمكنك أن تقوم مثلاً " كم هذا جميل ؟ أنظر إلي الحليب المسكوب على الأرض يا له من شكل جميل ولكن على أن أقول لك شيئاً أنا لست مسروراً من تصرفك. أنا احبك. ولكن ليست هذه طريقة جيدة لتتعرف على الحليب. دعني أريك كيف يجب أن تفعل عليك أن تمسك بفنجانك بكلتي يديك، وترفعه إلي فمك هكذا بحيث لا يقع هكذا يكون الشرب والآن تعال ننظف الأرض أنظر كيف تمتص الاسفنجة السائل (الحليب).

ولنأخذ حالة شائعة أخرى يمكنها أن تؤدي إلي الشعور بالخجل : فقد ترمي الطفلة بطعامها هنا وهناك وتنظر إليه بسعادة بشكله المثير للاهتمام وألوانه المتداخلة. وقد تكون ردة فعلك سلبية فتقولين : " أنظري ماذا فعلت يا لك من طفلة وسخة " أو " كم أنت سيئة إياك أن تفعلى هذا مرة أخرى " وفي هذه الحالة تشعر الطفلة بأنك تنتقدين فيها اهتمامها بتغيير شكل الطعام. وأن هذا الانتقاد موجه إلي طبيعتها الجوهرية كل هذا في ضربة واحدة وبذلك تكونين قد فشلت في فهم عملية رمي الطعام من وجهة نظر الطفلة. فبالنسبة لها الأمر رائع. فهي تستمتع بصوت وقوع الطبق. وشكل الطعام أو الشراب المسفوح علـى الأرض. وتدحرج الطعام في كل مكان وتحدث نفسها مرة أخرى قائلة أريد أن أري هذا مرة ثانية وما إن يصل إلي يديها طعام قابل للقذف حتى تقذف به على الأرض. وفي كل مرة ترمي فيها الطعام يتجدد شعورها بالمرح ولكنك بعد فترة سترين أن الأمر قد تحول من مجرد حادثة وقعت إلي عمل متعمد وسترين طفلتك تمد إليك يديها الملوثين بالطعام وتبتسم مبرح كأنها تقول : أنظري إلي هذا العمل الرائع الذي قمت به ولكنك لن ترى الغامرة الرائعة التي قامت بها بل ستنفجرين قائلة " عيب عليك يجب ألا تهدري الطعام بهذه الطريقة. وهنا تأتي المفارقة الكبيرة بين توقعات الطفلة (لابد أن الجميع يحب هذا كما أحبه أنا) وبين ردة فعلك.

هذا الحدث العادي الصغير رمي الطعام سيصبح درساً في مقت النفس والشعور بالحرج.

وهذا كثيراً ما يثير المعاناة والغضب، وقد يتصعد حتى يصبح مواجهة بين الوالدين وبين الطفل. وعندما يصل الأمر إلي هذا الحد يخرج الأمر كله من اليد ويذهب أبعد مما يتوقع وينتهي بإيذاء الطفل، والتسبب في صراع مرير يعيشه الوالدان وهكذا يكون الخجل قوة كبت للمشاعر الإيجابية ومثيراً للمشاعر السلبية.

ويعرف الكثير من الآباء والأمهات ذلك السيناريو الذي يحصل عندما تقدم طفلك لشخص غريب عنه إذ لا يتوقف الأمر عند شعور طفلك بالخجل فسحب بل شعورك أنت أيضاً بالخجل وكما قال تومكينز إذا شعر الطفل بالخجل عندما يقدم

أمام شخص غريب فإن الأب والأم غالباً ما يشعران بـالخجل همـا أيضـاً فمثـلاً إذا اختبأ طفلك خلف ظهرك أو دفن رأسه في حضنك بدلاً من أن يكون لطيفـاً وودوداً فقد تميل إلي قول : (إنه طفل طلق عادة. لا أعرف ماذا جرى.

التوجيهات المرشدة لتقليل الإحساس بالخجل

تجنب استعمال الخجل كوسيلة للتـأديب أو العقـاب. وإليـك هـذا التوضيـح عندما تكون هناك مشكلة ما فإن غايتك يجب أن تكـون في وضـع ضوابـط للسـلوك وليس مهاجمة شعور الطفل بذاته وبمعني أخر فنشاء هذه الضوابط قل لطفلك مثـلاً " أنا أحبك يا صغيري ولكن لا تتسلق على ذلك الرف ". وهذا أكثر فائدة من قولك " إنك مثير للمشاكل يا ولد. متى ستتعلم كيف تبعد يديك عن أغراضي.

استعمل المدح وقلل من النقد فالمدح يعزز السلوك الجيد تعزيزاً فعالاً أكثر من قدرة النقد على إيقاف السلوك السيئ فالطفل بطبعة يحب أن يكون جيداً وأن ومضة الرضي في عيني الأب والأم هي بمثابة الأوكسجين للطفل. إلا أنك عندمـا تسـتعمل الخجل فإنـه سـرعان مـا يولـد المعانـاة الـتي ينتـج عنـها الحـزن والغضـب والغيـظ والاكتئاب.

أجعل تركيزك على التصرف السيئ وليس علـى اهتمـام الطفـل أو إحساسـه بذاته. فإذا ركزت على الصفات الإيجابية للطفل وعلى كيفية تفادي تكرار الخطأ كأن تقول له مثلاً أنا أحبك لكنني لست مسـروراً بتصرفـك هـذا فسـيكون لديـك طفـل أسعد وحياة عائلية أهدأ فبإمكانك مثلاً أن تعلمي طفلك الا يرمـي الطعـام دون أن تثيري الخجل لديه كم يبدو هذا رائعاً حقاً، ولكن يا حبيبي الطعام لك لتأكله وتضعه في فمك وليس لترميه على الأرض أرجو الا تفعـل هـذا مـرة أخـرى إليـك بعـض الحليب. أبق الفنجان بين يديك فالحليب ليس لـلأرض فـإذا كنـت تريـد أن تلعـب بالسوائل يمكننا أن نذهب إلي حوض الاستحمام بعد الأكل وبعدئـذ أمسـكي بيـدي الطفل وهو يحمل الفنجان وحركيه باتجاه فمه وصحيـح أن الطفـل لـن يتعلـم فـوراً ولكن هذا أمر طبيعي.

لذلك يجب أن يكتسب الطفل الثقة الاجتماعية عن طريق التعلم بحيث يزول الخجل تدريجياً ولكن قد يكون الخجل مشكلاً دفاعياً أيضاً ونحن نعلم أنه يوجد نمط من السلوك يتبعه الحيوان المهزوم عندما يتقاتل مع حيوان من فصيلته لأنه العداء قبل الوصول إلي المصير المحتوم. ويتخذ الحيوان عندما ينهزم نهائياً، موقف الخضوع. وقد تكون أعراض الخجل كالتحفظ والحياء وعقد اللسان في خدمة الهدف ذاته بيدان هذه الأعراض، نستخدم في حالة " توقع العدوان " لا في حالة القتل الحقيقي. إذ يخالف الشخص الخجول وبطريقة ما من أن يكون موضوع الهجوم لذلك يدافع عن نفسه عن طريق السلوك الخضوعي فالحياء والتردد والواضحان وعدم التعرض للآخرين واتخذ المواقف غير الهامة والابتعاد عن الأضواء قدر الإمكان كل هذا يوحي بأن الشخص الخجول ليس أهلاً لأن يكون موضوع الهجوم لنه غير عدواني بيد أنه جبان وضعيف نسبياً، ومن الصعب أن يكون الفرد عدوانياً اتجاه شخص خجول من هذا النوع.

ولا يتم التخلي عن الذات دون ثمن يؤديه من يقوم بهذا الدور. فلكي يكون الفرد خجولاً عليه أن يكتب تأكيده لذاته، الأمر الذي يجعل مكوناً هاماً من مكونات شخصيته لا محالة في حالة غير فعالة. لذلك يقوم هذا الفرد بتعويق ذاته وربما دون إدراك منه والطريف في هذا الأمر، أن الشخص الخجول لا يخاف عدوان الآخرين عليه فقط، بل يخاف أيضاً بواعثه العدوانية الخاصة به. فيقوم بستر هذه البواعث على نحو جيد، وينجح في إخفائها ليس عن الآخرين فقط، بل عن نفسه أيضاً.

وهناك دليل بسيط، على أن بعض الأطفال يولدون أكثر من غيرهم بيد أن الاختلافات المزاجية التي نعرف بوجودها منذ الميلاد، ليست في مستوى تعقيد الخجل ودقته.والذي يحدث أساسً، هو أن الأطفال "يتعلمون " أن يكونوا خجولين وسواء أتم هذا التعلم عن طريق خوفهم المتكرر من الناس أو بسبب من عدم تمرسهم وخبرتهم بحيث لم تتح لهم الفرصة ليتعلموا الخجل إلا في حضور الغرباء فإن بعض الأطفال أكثر حساسية وتعرضاً للخجل منذ الطفولة المبكرة. ويتعرض اتزانهم للتمزق عندما يقترب منهم بعض الرائدين ذوى النوايا الحسنة والذين يتصفون بالصخب وبتجاوز الحدود الاجتماعية المألوفة.

وقد يسبب الآباء والامهات أنفسهم الاتجاهـات السلبية حيال الذات عند أطفالهم، عن طريق التربية المتسمة بالمطالب والتسلط الزائدين. فقد يشعر الطفل بعدم الرغبة أو عدم القدرة على إنجاز ما يطلبه منه والداه. وقد ينتقل هذا الموقف إلي المواقف الاجتماعية، عندما يشعر الطفل بأنه محط الانظار. فإذا كان الوالدون أنفسهم يفتقرون إلي اللباقة وإلي المهارات الاجتماعية فسيفشلون في دعم الأنماط السلوكية المناسبة عند أطفالهم، لكي يقوموا بمجاراة الأوضاع الاجتماعية المختلفة. وتؤكد للمرة الثانية، بأن الوالدين غير المتسقين في طلباتهم، يولدون الجبن عند أطفالهم إذ لا يعرف الطفل أطلاقاً في مثل هذه الحالة، ما إذا كان يقوم بالعمل الصحيح أم لا لذلاك يستجيب بعمل لا شئ وبالانسحاب إلي قوقعته وإلي سلوكه المتسم بالخجل ويمكن للأطفال الذين يرافقون الرائدين كثيراً، ولا يعرفون ألا القليل من الأطفال، يمكن لهؤلاء الأطفال فقط، أن يظهروا خجلاً لدى دخولهم الحياة المدرسية لأول مرة.

وما قيل سابقاً، يشير إلي أن أسباب الخجل عديدة ومتنوعة، فهناك حالات متطرفة ينتاب الطفل فيها كف عام، وهناك حالات أخرى يكون الكف فيها محدوداً، وهذا يعني أن الكف والانسحاب يحدثان في بعض الأوضاع الاجتماعية المنية فقط. ويبدي الطفل أحياناً خوفاً مسبقاً من موقف اجتماعي ما، كالجوار مثلاً وذلك بالشكوي.

والطريقة المثلي، للتعامل مع الخجل الذي يتنوع من يوم لآخر هي أولاً وقبل كل شئ، مقاومة الإغراء الغامر للتعبير عن الغضب وعدم الاستحسان فالموقف المتعاطف أساسي هنا، كما يجب إجراء تحليل دقيق لأنماط الأوضاع الاجتماعية التي تسبب اضطراب الطفل. وقد تدعم المواقف الوالدية (كالاهتمام أو القلق الزائدة من جراء عدم قدرة الطفل على الذهاب خارج البيت على نحو سوى) الجبن والخوف عند الطفل، وقد يتسبب التعرض الأول للأطفال الأكبر سناً والأكثر صخباً، يتولد عدم الثقة عند الطفل والعمل على إعادة الثقة للطفل، ضروري في مثل هذه الحالات ولسوء الحظ يوجد دليل على أن الراشدين، يقومون، دون علم منهم بتشجيع السلوك الفعلي الذي يريدون إزالته، عن طريق عملية إعادة الثقة للطفل.

وقد أمكن بيان ذلك تجريبياً، في إحدي صفوف الحضانة حيث وجد أحد الأطفال نفسه معزولاً كلياً تقريباً عن بقية أفراد الصف. ولوحظ لمدة أيام أنه لم يصرف أكثر من 10٪ من وقته بالقرب من الأطفال الآخرين، أو بالعمل معهم، وانتبهت المعلمة إلي ذلك، وفعلت كل ما تستطيعه، لإعادة الاطمئنان إلي هذا الطفل ومساعدته والتحدث إليه بيد أن كل ذلك لم يجد نفعاً بل زاد من انعزال الطفل والشئ الذي تنتبه إليه المعلمة، هو طريقة اهتمامها بالطفل، إذ كانت توجه باستمرار انتباهها نحوه عندما يكون منفرداً، وليس عندما يكون مع الأطفال الآخرين. وقامت هذه المعلمة بتجربة بسيطة، حيث عكست طريقتها، وأصبحت تتجاهل الطفل عندما يكون وحيداً، بينما توجه إليه اهتمامها عندما يعمل مع الأطفال الآخرين. وبعد أسبوعين من بداية هذه العملية، أصبح الطفل يقضي 60٪ من وقته في النشاطات الاجتماعية وبدأ يشعر بأن هذه النشاطات ممتعة بذاتها، كما بدأت المعلمة بتقليص انتباهها الموجهة إليه بشكل خاص فأفضل الطرق لعلاج الخجل هو تعزيز اندماج الأطفال في الأنشطة مع آخرين.

ويجد الأطفال متعة فائقة عندما يوجه الآباء والأمهات الانتباه إليهم، ومهما كان اهتمام الوالدين، قلقاً وحرجاً، فإنه أفضل من اللاهتمام ومن الأفضل، أن يوجه والدا الطفل الخجل، انتباها كافياً إلي طفلهما عندما لا يكون في حالة الخجل. وبالفعل، إذا لم يتلق الطفل اهتمام وعناية والديه إلا في حالة الخوف أو الخجل، فلن يجدد لديه، بالتأكيد، باعثاً على التغيير.

ولا شئ ينجح كالنجاح في الأوضاع الاجتماعية، لذلك من المفيد تقديم الطفل الخجول إلي أطفال ودودين فعلاً، ليساعدونه على التخلص من عزلته. وتقديمه تدريجياً إلي الأطفال الجدد، حيث يلعبون معه في منزله ومحيطه المألوف. ومن ثم يتحول إلي ادخاله ببطء في الجماعات الخارجية، التي يفضل أن تكون صغيرة في المراحل المبكرة. فتشجيع المساعي الاجتماعية للطفل، ومديحها، يساعدانه على تكوين الثقة الضرورية اللازمة في المواقف الاجتماعية وقد يكون الخجل المتطرف والدائم، بحاجة إلي مساندة وتوجيه الاختصاصيين النفسيين فقد تكون الأسباب معقدة وغير واضحة بالنسبة للذين يحيطون بالطفل.

وكما هو الحال في كافة السمات الشخصية، فإن حالات الخجل المتطرفة، هي التي يمكن أن تثير المشكلات. ومن المثير واللافت للنظر الانزعاج من حالة الطفل غير الانبساطي على نحو مفزع فالكثير من الناس يعبرون الحياة بقليل من الخجل، وقد يكونون لا اجتماعيين، ومع ذلك لا يشعرون بعدم السعادة أو التعويق. إن مثل هؤلاء الناس، يحولون، وبدرجات مختلفة، انتباههم واهتماماتهم نحو مركز داخلي في نفوسهم ويتجهون بنظرتهم نحو الداخل، ويهتمون بالأفكار أكثر من اهتمامهم بالناس والأشياء ويفضلون فعلاً الاحتفاظ بمسافة تحول بينهم وبين الآخرين.

الفصل الخامس

قياس مشكلات عدم القدرة على التكيف الاجتماعي

مشكلة التخريب

علاج مشكلة عدم التكيف الاجتماعي

طرق تشخيص عدم القدرة على التكيف الاجتماعي للطفل

أولاً: المقاييس المباشرة

1- الملاحظة

2- المواقف التي تمثل المشكلة

3- مقاييس التقدير الذاتي

4- الأساليب السوسيومترية

ثانياً: المقاييس غير المباشرة

1- قياس سلوكيات المشكلة

2- قياس السلوكيات السلبية والإيجابية

الفصل الخامس

مشكلات عدم القدرة على التكيف الاجتماعي

يناقش هذا الفصل مشكلات عدم القدرة على التكيف الاجتماعي والتي تتمثل في ظهور ضعف إمكانيات التعاون مع الآخرين أو مساعدتهم وعدم المبادرة والذي يتمثل في الإنطواء والخجل إضافة إلى عدم إحساس الطفل بالمسئولية الشخصية لمساعدة الذات أو المسئولية الاجتماعية لمساعدة الآخرين، وهؤلاء الأطفال يعانون من النبذ من الأقران وتعتبر هذه المشكلة من أقصى الخبرات التي يمر بها الأطفال في حياتهم، حيث يعتبر النبذ أو القبول مؤشرات للدلالة على سعادتهم أو تعاستهم.

ويمكن أن يكون نبذ الطفل من "مجموعة عامة" للأطفال له أثر بالغ على الطفل في أيامنا هذه بنفس الدرجة التي كان عليها في الماضي، ولكن لحسن الحظ توجد فرص أكثر للقبول من قبل مجموعات مختلفة؛ فإذا تعذر على بعض الأطفال أن ينسجموا مع مجموعة ما، فإنه يكون بإمكانهم الانضمام لمجموعات أخرى ترحب بعضويتهم؛ حيث يتمتعون بمركز اجتماعي مرموق.

وعموماً يوجد نوعان من الأطفال الذين يصادفون صعوبة في الانضمام إلى مجموعات الأقران. هناك أطفال يتم رفض انضمامهم بسبب ظروف معينة، وغالباً ما يتم قبول عضويتهم خلال نفس العام؛ وهناك أطفال آخرون يتم رفض عضويتهم بسبب اختلاف شخصيتهم عن بقية أعضاء المجموعة، ولذلك يستمر رفضهم لمدة قد تزيد على عام كامل.

بالنسبة للأطفال الذين يرفضون قبول عضويتهم للمجموعة بسبب الظروف - غالباً ما يكونون من مكان بعيد وتم انتقالهم حديثاً إلى المكان الذي توجد فيه المجموعة

التي يريدون الانضمام إليها، أو يكونون مرفوضين بصورة مؤقتة من قبل مجموعة أخرى بسبب وجود اختلافات بدنية أو ثقافية، وعلى مدار سنة يمكن استيعاب هؤلاء الأطفال، ويمكن أن تعد الاختلافات في شخصيتهم عوامل قوة؛ أما بالنسبة للأطفال الذين يتم رفضهم لعام أو أكثر بسبب وجود اختلافات جوهرية في شخصيتهم يصعب تغييرها؛ مما يجعلهم غير مقبولين لدى أقرانهم - فإنهم غالباً ما يكونون عرضة للإنطوائية أو الانبساطية بشكل حاد؛ أي ميالين للإنعزالية والخجل المؤلم، أو إلى العدوانية والمجادلة وفرط التنافس والاستيلاء بل والاستبداد.

وبدون التدخل غالباً ما يميل الأطفال - الذين يتم رفضهم بسبب الاختلافات الكامنة في شخصيتهم - إلى الاتجاه المضاد تماماً لأغراض المجموعة الاجتماعية التي رفضتهم، وذلك عندما يكبر هؤلاء المرفوضون. فالطفلة التي تعزل نفسها في غرفتها قد تظل في نفس الغرفة لمدة أيام رافضة الخروج منها، أو التحدث إلى أي أحد، من مدرستها حتى أساتذتها، وعند بلوغ هذه الطفلة سن المراهقة فإنها قد تصاب بالاكتئاب الشديد لدرجة قد توصلها إلى الانتحار، وبالنسبة للطفل الذي يرى أنه عدواني بدرجة كبيرة أو محطم نفسياً، وهو في سن الثامنة أو التاسعة، فإنه يوصف عند بلوغ سن العاشرة أو الحادية عشرة بأنه يضر بمصلحة المجتمع، وعندما يكتمل النمو البدني للطفل العدواني فإن الأطفال الآخرين بل والكبار يعتبرونه مصدر تهديد لهم. قد ينعزل هذا الطفل ويصبح حزيناً وعنيداً لا يشغله شئ أكثر من أعمال العنف والانتقام، أو ربما يجد مجموعة من المراهقين الآخرين الذين يشاركونه نفس النزعات والميل إلى ارتكاب أعمال ضد المجتمع.

والأطفال الذين يميلون إلى الإنعزال يعجزون عن التعبير عن مشاعر الحب لأصدقائهم – إما لأنهم يتمتعون بحماية زائدة من والديهم ولم يدربوا على الانخراط أو المشاركة مع الأطفال الآخرين أو الأطفال الكسالى أو اللامبالين أو النماذج العدوانية التي تميل إلى التخريب والاعتداء على ممتلكات الآخرين أو الذين يسيئون معاملة الآخرين.

والذين لم يدربوا على أداء الأعمال بأنفسهم نتيجة عدم تفهم الوالدين لإشباع رغبتهم في الاستقلالية.

وقد أشار فويس (Voyce 1996) إلى أن الأطفال الذين تظهر سلوكياتهم غير مقبولة من الأخرين، لا يستطيعون واستخدام طرق فعالة لحل المشكلات وأنسب طريقة يتعاملون مع المشكلات هي الانسحاب.

إن التشوهات المعرفية تعتبر سبباً رئيسياً للإحساس بالمشكلة أو القصور ولتخفيف الإحساس بالنقص يجب تخفيف المعارف المضطربة لأنها تزيد من تشويه الأحداث Shnck1999 وأشارت أحدث الدراسات أن عدم الإحساس بقيمة الذات يؤدي إلى الشعور باللامبالاة.

وأن الأطفال الذين ترسبت لديهم قيم محبطة من الأساليب الوالدية لا يمتلكون استراتيجيات تساعدهم على تحقيق حاجاتهم ونراهم غير مدفوعين لبذل الجهد في سبيل ذلك. وتسمى هذه التربية بتربية القهر والعجز لأنها تعطل الخيارات الشخصية وتجبر الأفراد على القيام بسلوكيات تضعف الدافعية لمعرفة البيئة كاملاً في القدرة على السيطرة عليها لذلك نجدهم يشعرون بالعجز وتدني قيمة الذات (سيد عثمان 1994، 364).

وقد سماها كولى وتورنر 1993 Cole and Turner بيئة سلبية يمارس فيها اللوم والاحتقار والتوبيخ وإتهام الطفل بالفشل فيشعر الطفل باليأس وهذا من شأنه أن يشعر الطفل بالاكتئاب لأنهم يرجعون أي خبرات سيئة يمرون بها إلى نقص في ذاتهم.

وأيدت هذه النتائج دراسة كستنر وآخرون (Kistner 2001) على أطفال الروضة (ذوي خمس سنوات).

كما أظهرت دراسة نولن سوزان وآخرون Nolen, Susanc et al 1995 أن الأطفال الذين يشعرون بهذه المشكلات غالباً تكون أمهاتهم مكتئبات وكبار في السن وكانوا يفسرون لهم الأحداث بطرق غير منطقية وكانوا يخفقون في إنجاز المهام بفاعلية وتعاملاتهم الوالدية غير سوية.

لذلك نجد سلوكياتهم قد تكون تخريبية وليست إيجابية لذلك نعرض إحدى

هذه المشكلات وهي مشكلة التخريب عند الأطفال لأن عدم الالتفات من الآباء والمربين لتوجيه السلوك الصحيح فيها يؤدي إلى العنف وربما الإرهاب في الرشد.

مشكلة التخريب Distructive Behavior:

تتمثل في إشاعة الفوضى والسلوك التدميري كتمزيق الأوراق أو مقتنيات الأسرة والعبث بمحتويات الأدراج والدواليب وإخراج ما بداخلها.

والحقيقة أنه لا يعتبر كل سلوك استطلاعي للأطفال تدميري أو تخريبي فالطفل تواق بطبعه إلى معرفة الأشياء الغامضة وغير المعروفة وكل شئ مختفي يجذب انتباهه ويندفع للعبث به وهذه السلوكيات تعبر عن الفضول المعرفي والاستكشاف لكل ما هو جديد وغريب وتتسع بذلك آفاق معرفته وأثناء تفقده لكل ما يدور حوله من معالجة يدوية وفحص واستقصاء لطبيعة الأشياء قد تقع بعض الأشياء الثمينة كالمزهرية أو تحف الزينة وعندئذ يثور الآباء ثورة عارمة ويتوعدون الطفل ويهددونه وهو لا يقصد الإتلاف أو التدمير ومهما توعد الآباء بالعقاب فإن الأطفال في السنوات الباكرة لا يدركون الربط بين العقاب والسلوك الذي يصفه الكبار بالتخريبي ولا يعطون بالاً لإعادة الأشياء إلى مواضعها.

أما في سن الخامسة فالأطفال يكون سلوكهم الفضولي بهدف المعرفة وإدراك الخصائص والتدريب على التعامل مع الأشياء، لذلك فهم يعيدون الأشياء إلى مواضعها بعد الانتهاء من فكها واستخراج ما بها، وعلى الآباء متابعة الأطفال وإشباع الفضول لديهم ولايجب أن يضعوا أشياء تعرضهم للخطر من جراء ذلك السلوك.

أما التخريب المتعمد: فيلجأ إليه الأطفال لتفريغ الطاقة الزائدة ولمجرد إغاظة أحد أفراد الأسرة أو رغبة في الانتقام ويكون الطفل قد شاهد مثل هذه السلوكيات وأدرك تأثيرها على الآخرين وهو يحاول أن يقلدها ويكررها إذا نجحت في لفت الانتباه إليه وإثارة اهتمام الجميع ويسلكه الأطفال الأكبر سناً.

اسباب السلوك التخريبي:

1- الإحساس بالغيرة من ميلاد طفل جديد في الأسرة أو من إحساسه باهتمام أحد الآباء بأحد أخويه أو أخوته بشكل أكثر من الاهتمام به.

2- انتقام الطفل من آخرين (الشعور بالظلم أو النقص).

3- وجود طاقة زائدة لدى الطفل لا يستطيع تصريفها بالطرق الطبيعية (في الهوايات أو الألعاب أو الإبداع) مع نقص في الذكاء والقدرات المعرفية.

4- الشعور بالضيق وكراهية الذات واستمرار ذلك دون الالتفات بتحويل الانتباه يؤدي إلى الإحباط والعنف.

توجهات مرشدة للآباء لعلاج مشكلة الفوضى والتخريب:

1- قم بإعداد القواعد والحدود المعينة والتزم بها، وعليك تدوينها ولصقها أو نشرها إذا أمكن ذلك.

2- قم بتوجيه التحذيرات والتلميحات اللازمة عندما يبدأ طفلك إساءة التصرف؛ فهذا هو أفضل السبل لتعليمه التحكم في نفسه.

3- قم بالثناء على السلوك الإيجابي بتعزيزه بعبارات المديح والحب الوجداني مع إغفال السلوك الذي قد يكون الطفل قد أتبعه لإثارة انتباهك.

4- قم بتثقيف طفلك بما يتمشى مع توقعاتك، فغالباً ما يغفل الآباء قضاء الوقت الكافي مع أطفالهم للحديث عن القيم والمبادئ وسبب أهميتها.

5- عليك أن تمنع المشكلات قبل وقوعها؛ فطبقاً لما يوضحه علم النفس السلوكي تحدث أو تقع معظم المشكلات نتيجة لأحد الدوافع أو المؤشرات. وفهم مثل هذه المؤشرات والعمل على إزالتها تساعدك على تجنب تلك المواقف التي تؤدي إلى سوء السلوك.

6- عند كسر قاعدة أو حد من الحدود الموضحة جيداً سواء كان ذلك بقصد أو بدون قصد فعليك أن تقوم مباشرة بتطبيق العقاب المناسب مع الثبات على المبدأ وإجراء ما يلزم إجراؤه طبقاً لما أفصحت به.

٧- في حالة وجوب توقيع العقاب فإنه يتعين التأكد من أن العقاب يتعادل مع كسر القاعدة أو سوء التصرف (من منطلق أن يكون العقاب مناسباً للجرم).

٨- عليك التعرف على مجموعة من الأساليب التقنية الخاصة بالنظام مع الإحساس بالراحة نحوها، وفيما يلي أفضل هذه الأساليب التي تمت التوصية بها، وهي:

أ- **التأنيب**: إن هذا هو أول ما يجب أن يقوم الوالدان بتوجيهه للأطفال الذين يسيئون التصرف، وغالباً ما يتم استخدام ذلك، وسيتم لاحقاً بيان كيفية تأنيب الأطفال؛ لتغيير سلوكهم دون حدوث غيظ لديهم تجاه الوالدين أو تكوين صورة سلبية عن أنفسهم.

ب- **النتائج الطبيعية**: تشير هذه الاستراتيجية أو السياسة إلى طريقة ترك الأطفال يجربون ويواجهون النتائج المنطقية لسوء سلوكهم؛ يجربون ويواجهون النتائج المنطقية لسوء سلوكهم؛ ليروا بأنفسهم أهمية القاعدة السلوكية التي تخطوها؛ فمثلاً إذا تكاسل طفل تستحثه أمه على الإسراع للحاق بأتوبيس المدرسة فإنه يتعين أن يجبر الطفل على الذهاب إلى المدرسة سيراً على الأقدام واصطحابه لإخطار مدير المدرسة بسبب تأخره على الحضور لمدرسته (ولكن قد يكون هناك نتائج طبيعية يصعب تطبيق ذلك عليها، أو قد ينتج عن تطبيق ذلك عليها، أو قد ينتج عن تطبيق ذلك عليها وقوع خطر ما؛ كأن تجعل الطفل يجري في الشارع لتعليمه ضرورة عدم الجري في الشوارع، أو أن يُلزَم الطفل باللعب بالنار لتعليمه عدم اللعب بالنار).

جـ- **العزل لبعض الوقت**: ربما كان من الأفضل الأساليب التقنية المفيدة في هذا المجال هو أسلوب عزل الطفل لبعض الوقت عند إساءة السلوك وخاصة في الأماكن العامة، ويمكن توجيه الأمر إلى الطفل بالجلوس منعزلاً في ركن من الأركان لفترة ما عند سوء التصرف (ويجب أن لا تطول الفترة أكثر من اللازم؛ حيث من المناسب أن تكون لدقيقة واحد عن كل سنة من العمر).

د- **حرمان الطفل من ميزة كان يستمتع بها**: عندما يصل الطفل إلى عمر يتعذر معه عزله في ركن ما بسبب سوء السلوك فإن الوالدين يمكنهما حرمانه من أحد المزايا

التي يستمتع بها كوقت مشاهدة التليفزيون أو إحدى ألعاب الفيديو أو التحدث بالهاتف، ولكن يجب تجنب سلب إحدى المزايا التي قد ينتج عن سلبها إبطال تطور خبرة بناءة لدى الطفل.

هـ- **التكرار الزائد للتصحيح:** يوصي بهذا الأسلوب التقني لتحقيق تغيير سريع في السلوك وتصحيحه، فمثلاً إذا أساء الطفل التصرف فإنه يتعين مطالبته بإعادة السلوك الصحيح عشر مرات على الأقل أو لمدة عشرين دقيقة، فمثلاً إذا حضر طفل من المدرسة ودخل البيت ليلقي بكتبه ومعطفه أرضاً ودون أن يوجه التحية للوالدين فإنه يمكن أن يُطلب منه أن يعود أدراجه إلى خارج المنزل ثم يدخل المنزل بعد ذلك بطريقة مناسبة عشر مرات يؤدي في كل مرة فيها التحية الودية اللازمة ووضع كتبه ومعطفه في المواضع المخصصة لها.

و- **نظام إحراز الطفل درجات خاصة بالسلوك:** بالنسبة للمشكلات المزمنة يوصي معظم علماء النفس بتطبيق نظام يحصل الأطفال من خلاله على درجات نظير سلوكيات إيجابية محدد بشكل واضح، ويمكن أن يحصل الأطفال على جوائز نقدية على حسن السلوك إما مباشرة أو على المدى البعيد، ويتم طرح درجات عن كل حالة من حالات سوء السلوك أو التصرف.

علاج مشكلة عدم التكيف الاجتماعي:

التصرف كنموذج يحتذى به:

لا يمكن تقدير مدى تأثيرك على الطفل عندما تضرب لهم المثل الذي يُحتذى به. إذا لم تكن نشيطاً - من قَبْلَ - بين مجموعات الكبار فعليك ان تفكر في مدى ما يمكن أن يكون لنشاطك من تأثير عليك وعلى أطفالك. من المهم تماماً أن يدرك الطفل قيمة مجموعات الأقران في حياتك. إن الطفل الذي يلاحظ اهتمام والده وفرحته بالذهاب لحضور التمرينات الخاصة بلعب الكرة يرى كم أن والده يحب ارتداء قميص الفريق وهو مازال داخل المنزل، وإذا حضر الطفل بعض المباريات التي يشترك فيها والده فإنه سيتأثر - بوضوح - بهذا الأسلوب الذي يتبعه والده في

حياته، ومن ناحية أخرى نجد أن الوالد الـذي يـتردد في الإنضمـام إلى مجموعـة مـن الآباء بسبب كثرة اجتماعاتها مردداً مدى جهل الآباء رغم انضمامه للعضويـة بـهذه المجموعة، فإنه بطبيعة الحال سيعطي مثلاً سيئاً لطفله، وانطباعاً سلبياً عن المجموعـات عامة.

وبالطبع؛ فإن الطريقة المثلى في إعطاء نموذج يُحتذى لطفلك بالنسبة لبيان قيمة مجموعة الأقران تكمن في إدماج الابن في نفـس مجموعـة الأب؛ فعلـى سـبيل المثـال يوجد في فيلادلفيا تقليد رائع للنوادي المتجاورة في أن تسير جنباً إلى جنب في احتفـال مشترك بعيد رأس السنة. يقوم أعضاء كل ناد على مدار السنة بصنـع ملابـس خاصـة بهذه المناسبة، وتلحين الموسيقى وتمثيل أدوار كوميدية وتبادل الفكاهـة، وتشـكل هـذه النوادي في فيلادلفيا شبكة اجتماعية ذات أهمية تماثل أهمية العائلات تماماً.

وفي كـل مجتمـع تقريبـاً توجـد جماعـات دينيـة، وجماعـات لممارسـة الأنشـطة الخارجية، وجماعات للهوايات يستطيع كل من الآباء والأبناء المشاركة فيها.

تشجيع الأطفال على تجربة القيام بدور الجماعات داخل مجموعة الأسرة:

تتمثل الخبرة الأولى للأطفال فيما يمارسـونه داخـل الأسـرة، وبـالرغم مـن أن الأسرة تختلف إلى حـد بعيـد عـن مجموعـة الأقـران إلا أن الأسـرة يمكـن أن تكـون الوسيلة الموصلـة إلى تعلـم الطفـل مـهارات الجماعـات دون الخـوف مـن رفضـهم للأقران. تمثل اجتماعات العائلة الزمن الذي يمكن فيه القيام بأعمال المجموعة؛ حيث تتوفر الفرص للأطفال للقيام بأدوار الجماعات الخارجية داخل الأسرة؛ فمثلاً إذا مـا تم التخطيط لأجازة للأسـرة فـأن الطفـل سـيجد فرصـة للتعبـير عـن آرائـه متوقعـاً الاهتمام بها، وفي أوقات أخرى مثلاً إذا مـا تم التخطيـط لمـا يمكـن عملـه في الفـترة المسائية ليوم ما كيوم الأحد مثلاً - فإن الطفل يمكـن أن يشـارك ويقـوم بتمثيـل دور القائد بخصوص جمع آراء الآخرين وإجراء القرعة والنطق بالقرار الأخير. مـن المـهم تماماً أن يتم عقد اجتماعات عائلية بانتظام إما أسـبوعياً أو غـير ذلـك حيـث يسـهل ذلك على الأطفال تعلم المهارات الجماعية، وإذا مـا تم الدعـوة لعقـد الاجتماعـات

العائلية فقط عند حدوث الأزمات التي تثير العواطف - فإن الأطفال قد لا يستفيدون من الإحساس بالانتماء والمشاركة في المجموعة.

تشجيع الأطفال على الانضمام إلى مجموعات معينة مختلفة:

عندما يصل أطفالك إلى سن السادسة عليك أن تشجعهم إلى الانضمام للعديد من مجموعات أقرانهم المختلفة كلما أمكن ذلك، وبينما يحاول الآباء رغبة في جَعْل أطفالهم يشاركون في مجموعات ثابتة لها تاريخها، ككشافة فريق الأولاد أو كشافة فريق البنات - نجد أن الأبحاث تفيد بأن الأطفال الذين يصادفون رفضاً ونبذاً من زملائهم بالمدرسة غالباً ما يفشلون في مثل هذه المجموعات حيث يصادفون رفضاً فيها أيضاً، وبينما نجد أن الأطفال الذين يجدون صعوبة في التكيف مع المجموعات غير المنتظمة من الأطفال فإنهم يكونون أكثر قابلية للنجاح في المجموعات الصغيرة المركزة والمبنية على المهارات والاهتمامات والتجمع والتكيف وفقاً للظروف أو الخدمة الاجتماعية أو كليهما. إن هذه المجموعات ذات التمركز على الموضوعات الهامة تميل إلى أن ينضم إليها أطفال لهم شخصية واهتمامات ومهارات اجتماعية مثل طفلك.

وهناك بعض المجموعات التي يهتم الأطفال بالانضمام إليها، وتشمل ما يأتي:

الجموعات المبنية على المهارات:

- الفرق الرياضية.
- فرق الموسيقى والأوركسترا.
- نوادي الكمبيوتر.
- نوادي الشطرنج.
- فرق التمثيل.
- النوادي الفنية.

الجموعات المبنية على المنافع:

- المجموعات المبنية على الهوايات.
- المجموعات المبنية على الاهتمام بالطبيعة.
- النوادي الرياضية غير التنافسية (كنوادي الدراجات).

البحث عن جماعات رسمية خاصة بالتدريب على المهارات الاجتماعية؛ لينضم إليها الأطفال الذين يعانون من مشكلات اجتماعية مفرطة.

غالباً ما يعوز الأطفال الذين يجدون صعوبة في الانضمام إلى مجموعة من المجموعات مهارات اجتماعية معينة تم بيانها في هذا الفصل، ولكن عندما يصل هؤلاء الأطفال إلى سن الثامنة أو التاسعة فإنهم قد يتمكنون من إتقان هذه المهارات عن طريق التدريب المحكم التركيب والخاص بالمهارات الاجتماعية مع أقرانهم، وهناك العديد من المدارس التي بها برامج تدريبية تم تصميمها من أجل مساعدة الأطفال على تكوين إحساس ووعي اجتماعي أكبر، بحيث يدركون مدى تأثير سلوكهم على الآخرين، ويدير هذه الجماعات استشاريون أو أساتذة مدربون يطبقون برنامجاً منتظماً يهتم ببناء المهارات، ولا تقل مدته عن عشرين دورة تعليمية، ويركز على ضرورة تطبيق هذه المهارات خارج نطاق المدرسة. (لورانس شابيرو، ف، 2004)

طرق تشخيص عدم القدرة على التكيف الاجتماعي للطفل:

من أفضل الطرق لقياس الكفاءة الاجتماعية للأطفال الصغار هي نموذج المقاييس السلوكية وترشيحات الأقران، وتقديرات المعلمة، والمقاييس المقننة.

يتطلب قياس الكفاءة الاجتماعية للأطفال ملاحظة تفاعلهم مع أقرانهم. كما أن ساحات اللعب تزيد من فرص تفاعل الأطفال مع بعضهم البعض أكثر من الفصل لأن فيه تقليل من تدخل المعلمة ويمد الأطفال بقدر أكبر من اللعب (Waters and Sroofe, 1983) ففي دراسة حديثة، استخدم فيها 35 طفل من مستوى منخفض

ومتوسط في الحالة الاقتصادية والاجتماعية، وتم ملاحظتهم في ساحات اللعب في مدرستهم في فترات الراحة خلال مرحلة الرياض ومرحلة الابتدائية (الصف الأول). واستخدمت المعلمات مقياسين: The Metropolitan (MRT) Readiness Test لرياض الأطفال و The Georgia Criterion Refenced Test في الصف الأول الابتدائي.

ولقد تم ملاحظة سلوك الطفل في ساحة اللعب وكذلك ترشيحهم لأقرانهم (أسماء أكثر الأطفال تفضيلاً في اللعب معهم..) وقامت المعلمات بتقدير شخصيات الأطفال في كلا السنتين.

وقد أشارت النتائج إلى ما يلي أولاً: على الرغم من أن درجات الأطفال على مقياس (MRT) كانت جوهرية ومنبئة بإنجاز الطفل في السنة الأولى، إلا أنها خسرت فقط 36٪ من التفاوت في درجات إنجاز الأطفال في السنة الأولى، ولهذا فإن 64٪ من الإنجاز في السنة الأولى كان يعزي إلى عوامل أخرى غير التي مثبت في مقياس (MRT).

ولقد قدمت هذه البيانات السلوكية صورة واضحة: فالأطفال السلبيين (الذين يتم توجيههم من قبل الكبار وغير النشيطين) كانوا أقل كفاءة من الأطفال الموجهين من قبل أقرانهم والمشاركين في الألعاب الاجتماعية ذات القواعد والقوانين.

فالألعاب قد تنبئنا بالإنجاز لأن الألعاب التي تتميز بالتفاعل الاجتماعي تخترق عدداً من الأبعاد اللغوية والاجتماعية والمعرفية التي تتضمن الإنجاز فيما بعد. على سبيل المثال: القدرة على استخدام الجادلات المنطقية في الألعاب تحتم استخدام الصيغ اللغوية التي يتم تدريسها في دروس اللغة في المدرسة (Pellegrini, Galda, and Rubin, 1984)

- ولأن الكفاءة الاجتماعية تتنوع بشكل كبير من موقف لآخر، فنحن بحاجة إلى نظرة شاملة للحصول على أحكام حول كفاءة الفرد الاجتماعية. ففي المدرسة، فمن المهم أن ندرك أن الأداء الاجتماعي للطفل في أحد الفصول الدراسية (مادة دراسية) قد لا يكون مثلاً لأداء الأطفال وكفاءته الاجتماعية في باقي المواد أو الفصول. وكذلك

الحال في أي أماكن أخرى في المدرسة، أو المنزل. ولهذا يعد قياس تقدم الطفل في هذه الكفاءة يحتاج لأن يكون واسع المدى ويأخذ في اعتباره العوامل الموقفية.

- وعلى القياس أن يكون حريصاً في مراعاته للفروق بين القوانين والتوقعات الخاصة بالسلوك الاجتماعي الذي يتم في المدرسة وذلك السلوك الذي يتم خارجها أو في المجتمع المحلي أو في المنزل الأسري.
- وهناك العديد من العلامات التي تبدو على تعامل الطفل مع أقرانه والتي تكون أكثر خطورة وأطول بقاءاً من تلك العلامات المؤقتة وهي:

أولاً: طبيعة السلوك الاجتماعي للطفل، فإذا سلك الطفل بشكل عدائي مع أقرانه وتصرف بشكل مسيطر ومتآمر أو كان مندفعاً ومشتتاً في المدرسة، فإن من المتوقع أنهم سيعانون من صعوبات ثابتة وطويلة البقاء في تعاملهم مع أقرانهم أكثر من الأطفال الذين يشعرون بالخجل والحياء. وعادة ما يعاني الأطفال العدوانيين من مشكلات في التقيد بالنظام بالقوانين المدرسية وصعوبات في التعلم ونقص في علاقاتهم بأقرانهم.

ثانياً: لابد أن نأخذ في اعتبارها أيضاً أن الأطفال المكروهين والمزعجين أو المنبوذين من أقرانهم هم في خطر أكثر من الأطفال المتجاهلين. فليس من الضروري للطفل أن يكون محبوباً ليحصل على دعم أقرانه.

ثالثاً: لابد من الأخذ في الاعتبار ثبات سلوك الطفل المشكل في علاقاته بأقرانه لأنه من الطبيعي للأطفال أن يخبروا مشكلات اجتماعية قصيرة المدى عند انتقالهم إلى مواقف اجتماعية جديدة مع أقرانهم مثل: الالتحاق بمدرسة جديدة أو فصل دراسي جديد. وقد تظهر المشكلات أيضاً بسبب الضغوط التي قد تقع على الأطفال لتغيرات في حياتهم مثل صراعات الوالدين أو ولادة أخ جديد للطفل.

- يتطلب قياس الكفاءة الاجتماعية أن يتم توجيه الانتباه لعدة عوامل فردية مثل:

1- اللطف، والتعاون، والتجاوب بدرجة ملائمة (بدلاً من العدائية والسلوك المتسم بالتحدي).

2- درجة ملائمة من الانبساطية مثال: التعبير عن الاهتمام بالناس والأشياء،

والاجتماعية الفعالة بدلاً من الإنسحابية.

3- القدرات اللغوية المرتبطة بمهارات التواصل الاجتماعي مثل تفسير التلميحات غير اللفظية، وفهم واستخدام الدعابة.

بالإضافة إلى العوامل المحيطة التي تدعم تيسر كفاءات الفرد.

4- كما لا يجب التركيز فقط على سلوكيات الطفل بل لابد من التركيز أيضاً على تفاعلاته مع الآخرين وعلى أحكام الآخرين المحيطين به والقريب منه.

- **وهناك طرق متنوعة لقياس الكفاءة الاجتماعية:**

أولها: المعلمة: فالمعلمات أو غيرهن من العاملين بالمدرسة لديهم فرصاً عديدة لمشاهدة تفاعل الطفل في مواقف عديدة مع أقرانه (مثل الفصل، ساحة اللعب، غرفة الغداء). ويمكنهن تقديم معلومات حول كيفية معاملة الطفل لأقرانه وكيف معاملة أقرانه له، ويمكنهم إعطاء آرائهن حول مشكلات الطفل إذا كانت معتادة أو غير معتادة منه. وقد يتضمن قياس المعلمات استخدامهن لقوائم سلوكية ومقاييس التقرير والملاحظة المباشرة لسلوكيات اجتماعية معينة.

ثانياً: يمكن للآباء تقديم معلومات حول كفاءة أطفالهم الاجتماعية، فيمكنهم تحديد المشكلات السلوكية مثل العدوان والانسحاب، وعدم الطاعة (العصيان) والتي تمثل مشكلات اجتماعية. وهذا لأن الآباء عادة ما يكونون أكثر وعياً من المعلمات لأنشطة أطفالهم الاجتماعية خارج المدرسة مثل مشاركة أطفالهم في إحدى الرياضات أو الأندية أو الهوايات.

ثالثاً: ويمكن الاستعانة بالأقران أنفسهم حيث يشكلون مصدراً موثوق فيه بالقياس السيومتري، لأن المعلمات أو الآباء لا يمكنهن استيعاب جميع المواقف التي يمر بها الطفل وأحد الطرق للحصول على هذه المعلومات من الأقران هي استخدام التقديرات السوسيومترية واختيار الأفضل. حيث يُطلب من الأطفال في الفصل أن يذكروا مدى حبهم للعب أو قضاء الوقت مع كل طفل من أطفال الفصل. وهكذا يرشحون أسماء معينة من أقرانهم والذين يحبون أو لا يحبون قضاء وقتهم

معهم ويطلب منهم تحديد أقرانهم الذين يمارسون أو يظهرون سمة سلوكية معينة (مثل الخجل، العدوانية، اللطف، ... وغيرها).

رابعاً: التقارير الذاتية من الأطفال أنفسهم. حيث نقيس هذه التقارير إدراك الطفل لعلاقته بأقرانه، وتستخدم القصص والمواقف الاجتماعية المصممة لتحفيز استخراج وإثارة المعلومات حول القدرة على الاستنتاج الاجتماعي لدى الطفل، أو بالتحدث ببساطة مع الطفل لتحديد نظرتهم حول المواقف الاجتماعية التي يمرون بها.

مما تقدم نلاحظ أنه يمكن تصنيف الطرق التي صممت لقياس الكفاءة الاجتماعية إلى قسمين مقاييس مباشرة ومقاييس غير مباشرة.

أولاً: المقاييس المباشرة:

وتعتمد على جمع المعلومات عن طريق الملاحظة أو المقابلة مع الطفل. وهناك أربعة أنواع رئيسية للمقاييس المباشرة:

1- الملاحظات.

2- المواقف التي تمثل المشكلة

3- مقاييس التقدير الذاتي.

4- القياس السوسيومترى

1- الملاحظة:

قد تتم الملاحظة في البيئة الطبيعية أو في مواقف تجريبية.

وقد وضعت الملاحظات الطبيعية لسلوك الطفل غير الاجتماعي. لعدة أغراض: لفهم سوء علاقات الأطفال بأقرانهم، ولتحديد أهداف عدم ملائمة السلوك الاجتماعي، ولتقييم المخرج من التدخل في إكساب المهارات الاجتماعية.

وقد استخدم العديد من الباحثين أسلوب الملاحظة الطبيعية لسلوك الأطفال

خلال أوقات لعبهم الحر، خاصة عند رغبتهم في قياس السلوكيات غير الاجتماعية مثل (عدم المشاركة، أوالانسحاب، أو عدم التعاون). وقد أخذ بالاعتبار أيضاً السلوكيات العدوانية في عملية الملاحظة(*).

ويشير مقياس برنسون (Bronson, 1985) إلى نموذج معالجة المعلومات والذي يؤكد على أهمية توجيه الهدف والمهارات التنظيمية. وفئات الملاحظة في هذا المقياس تسجل:-

اختيار الطفل لإستراتيجيات فعالة لاختيار الهدف وتحقيقه في ثلاث مناطق:

أ) استخدام الوقت في الإطار الصفي (الفصل المدرسي).

ب) الإتقان في أداء المهمات في الأنشطة mastery task activities

جـ) الأنشطة الاجتماعية مع الأقران.

(Havser – Cam, Bronson, Upshur, 1993, p. 485).

وتم استخدامه مع الأطفال ذوي المشكلات الخاصة والعاديين.

ولقد تم استخدام مهام تجريبية متنوعة في الملاحظة وهذه المهام تتضمن ألعاب المحاكاة ولعب الأدوار، ومواقف حل المشكلة بين الطفل والأم، ومهام ألعاب الهدم والبناء والألغاز Puzzle.

وفي دراسات أخرى، قام الباحثين بملاحظة التفاعل الاجتماعي وتنظيم الانفعالات خلال مهام حل المشكلات. مثال ذلك قامت بيانتا Pianta وزملائها بملاحظة مواقف لحل المشكلة بين الأمهات والأطفال حيث يعمل كلاهما على إكمال مهمة لفظية وحركية. مثال البناء بالمكعبات، وتسمية الأشياء الموجودة في فئة ما خلال 15 دقيقة).

(*) أمثلة للمقاييس:-

1-The Bronson Social and Task skills profile (Bronson, 1985)

2-Howes Peerplay scale for Children 1-5 years (Howes & Matheson, 1992).

3-Howes adult scale for children less that 5 years old (Howes & Stewarb, 1987).

ويطلب من الأم (في عدم وجـود الطفـل) أن لا تعلـم الطفـل المهمـة وأن لا تساعده على الأداء الصحيح. وبعد هذا التفـاعل التجريـبي مباشـرة يقـوم الملاحـظ بإكمال ملء مقياس متدرج من 5 نقاط لقياس وجـود الأم المدعـم للطفـل وكذلـك نوعية التعليمات، ومدى اعتمـاد الطفـل علـى الكبـار، وغضـب الطفـل وسـلبيته، وعاطفته.

أما ستايبك (1995) Stipek وزملاءه فقد صممـوا موقفـاً تجريبيـاً يشـترك فيـه الطفل بمهام البناء بالمكعبات، والألغاز، والفن .

وقدرت الملاحظة درجة الاعتمادية، والتحدي، والقلـق، والفخـر عنـد إنجـاز المهمة. ولقياس الاعتمادية، قام الباحثون بتسجيل مدى تشابه البنـاء الـذي يصممـه الطفل بما صممه الكبار، وكذلك بطلب الطفل للمسـاعدة مـن القـائم بـالملاحظ في إبداء الرأي أو الموافقة، أيضاً عدد المرات التي ينظر فيها الطفل إلى تصميم الكبـار أو اللغز الذي يقوم الراشد بحلـه. أمـا قيـاس التحـدي فقيـس بعـرض بطاقـات علـى الأطفال بأعداد متزايدة لأشياء وعلى الطفل حيث يظهر درجة تحدي الطفل بنوعيـة اختياره للبطاقة التي تحوي عدداً كبيراً من الأشياء لترتيبها. أو باختياره لغز لم يتمكـن من حله مسبقاً.

أما تقديرات القلق فكانت تقاس في كل مهمة يقوم بها الطفل.

أما الشعور بالفخر بعد إنجاز المهمة فكان يعتمد على هل ابتســم الطفـل بعـد إنهاءه المهمة أو نبه الفاحص لفظياً بإتمامه لمهمته بنجاح.

مميزات الملاحظة:

1- يمكن إعادة الملاحظات الطبيعية بشكل متكرر.

2- تقليص حجم التحيز عند الملاحظة إذا تمت الملاحظة بواسطة شخص غريب عن الملاحظين من الأطفال.

3- ملاحظة الأطفال في المهام التجريبية أقل تكلفـة مـن الملاحظـة الطبيعيـة ويمكـن إتمامها في جلسة واحدة فقط.

4- هذه المواقف التجريبية مفيدة أيضاً في ملاحظة السلوكيات التي قد تظهر بشكل قليل التكرار في البيئة الطبيعية (الحياة اليومية).

5- الإدراك الواقعي للمشكلات.

سلبيات الملاحظة:-

1- الحاجة إلى تدريب الملاحظين أو ندرة وجود ملاحظين مدربين.

2- مدى ثبات التقدير Interrater Reliability (الصدق البيئي) في المقياس نفسه. وحتى لو تحقق قدر مناسب من الصدق الخارجي للمقياس فأن عدم الموضوعية واردة مثال: (الفروق في كيفية ترجمة المقدرين للسلوكيات في كل مرة).

3- لابد من القياس في مواقف مختلفة ومتنوعة لقياس سلوك معين وتكرار الملاحظات حتى نحصل على صدق وثبات بدرجة عالية مثال ذلك فقد وجد (Gibb and Jacobbson , 1988, Citedin Foster, 1993) أن الأطفال غير المحبوبين استخدموا استراتيجيات دخول متنوعة (الدخول إلى الأنشطة - الأحاديث ...) في مناسبات مختلفة، كما أن الحاجة إلى وقت طويل ضرورية لإتمام ملاحظة كافية. فعند ملاحظة تفاعل الأسرة وجد (Patterson , 1982 , Cited in Foster, 1993) أن من 60 - 100 دقيقة ملاحظة كانت فترة كافية لتقييم الأداء واستغرقت من 3-5 جلسات.

4- قد يعيق وجود الملاحظ أو الكاميرا من ظهور الاستجابة العفوية للطفل. لأن بعض السلوكيات لتفاعل الطفل مع أقرانه لا تظهر إلا في محيط لا يوجد فيه الكبار. (Foster et al., 1993) .

5- كما أن الملاحظ لا يسجل إلا تكرار السلوك المراد قياسه في هذه المقاييس وفي بعض الحالات قد تكون نوعية السلوك وليس تكراره هو ما يعبر عن الكفاءة الاجتماعية مثل (التواصل بالعين eye contact).

2- المواقف التي تمثل المشكلة:

وفيها يوضع الطفل في مشكلة أو مأزق افتراضي ويطلب منه تفسير نوايا أقرانه (مقياس العزو) أو يطلب منه توليد و تقييم حلول لمشكلات اجتماعية. هذه المقاييس تجيب على السؤال "هل يعرف الطفل ما هي المهارة التي يجب استخدامها وهل يستطيع الطفل صنع أحكام اجتماعية؟)

أدوات المشكلة الافتراضية لا تخبرنا كم مرة فعلاً يستخدم الطفل هذه المهارات. أو إذا ما كان الطفل يستخدمها أصلاً. إن أدوات المشكلة الافتراضية تقيم القصور في المهارة فقط وتقديم العقد للمشكلة الافتراضية للطفل إما أن يكون لفظياً، أو على شرائط فيديو أو بالتمثيل (بالعرائس).

وفي دراسة لكل من Habbard and Cillessen (193) طلبوا من أطفال أعمارهم ما بين 5-7 سنوات (22 طفل) توليد استجابات لمواقف افتراضية مقدمة في شكل قصصي. المشاكل تضمنت الدخول إلى جماعة ما، وفقدان أو تلف أحد الأشياء، والصراع حول أحد الأشياء، والصراع أثناء الأنشطة. ثم تحويل النتائج إلى شفرات وفقاً لاستخدام الاستراتيجيات الاجتماعية (25 شفرة) وقورنت بالتصنيفات السوسيومترية. ولقد وجد أن الأطفال المحبوبين ولدوا استراتيجيات أكثر في فئات مثل التفاوض / التسوية، والانتظار، الحوم حول المجموعة وكان لديهم استجابات عنيفة أقل من الأطفال العاديين. أما الأطفال المنبوذين فقد اختلفوا كذلك عن الأطفال العاديين في نوعية الاستراتيجيات التي استخدموها.

أما Dodge وزملاءه فقد استخدم المقاييس الافتراضية في دراسة النموذج الخاص به في معالجة المعلومات الاجتماعية Social information processing model. وقد وضع لهذا النموذج خمسة مداخل لحل المشكلة الاجتماعية:-

1- إنتاج التلميحات الاجتماعية.

2- تفسير التلميحات.

3- توليد استجابات داخلية.

4- اختيار الاستجابة وتقويم العواقب.

5- أداء الاستجابة المختارة.

كما يقترح Dodge (Personal communication, 1995) ثلاث مناطق مهمة لدراستها بواسطة أدوات المشكلة الافتراضية مع الأطفال الصغار وهي:-

- آثار العزو Arrtibution issucs.
- الاستجابات لصراع العلاقات البينشخصية.
- والتقويم لفعالية الحلول المقترحة للمشكلات البينشخصية.

❖ آثار العزو:-

تهتم بفهم الأطفال للتلميحات الاجتماعية وما إذا كان الطفل يقوم بعزو عدائي أو لطيف في المواقف المبهمة. ولم يجد Dodge وزملاءه أي اتجاه نمائي في هذه المنطقة.

❖ الاستجابات لمأزق العلاقات بين الشخصية:

وتدرس مدى ملائمة الاستجابات المولّدة (العدوان، غير العدائي، غير الكفؤ،أو الكفؤ). وعدد الحلول التي يستطيع الطفل توليدها (وصولاً إلى 10 حلول). وكفاءة الطفل في هذه المنطقة تزداد مع تزايد العمر.

❖ التقويم لفعالية الحلول المقترحة للمشكلات البينشخصية:

وتدرس بتقديم حلول مختلفة للأطفال ويطلب من الأطفال أن يحددوا ما إذا كانت مناسبة وجيدة أو حلول ضعيفة وغير صحيحة للمشكلات وأن يذكروا لماذا؟ ولقد وجد Dodge بعض الاتجاهات النمائية في هذه المنطقة إلا أنها غير معتمد عليها حتى الصف الثالث الابتدائي أو ما بعدها.

ولقياس هذه المناطق الثلاث استخدم Dodge وزملاءه مجموعة من السيناريوهات المصورة والقصص الافتراضية. وكان عدد السيناريوهات المصورة على الفيديو (24) والتي استخدمت لقياس قدرة الأطفال على اللجوء إلى

التلميحات الاجتماعية وإنتاجها، وتقليد استجابة واحـدة للمشـكلات الافتراضيـة، وتقويم فعالية الاستجابات المقدمة بواسطة الفاحص.

وكان عدد القصص الافتراضية (8) والتي استخدمت لقياس العزو العدائـي/ اللطف وتوليد الحلول . ويُسأل الأطفال لماذا ظـهر موقـف معـين ومـا هـي الحلـول السلوكية التي يمكن إنتاجها (أي 10 حلول) ويتم تسجيل متوسط عدد الحلول.

❖ **المميزات:**

- أظهرت بعض أدوات المشكلات الافتراضية حساسية لنمـو الأطفـال في قدراتـهم على حل المشكلات.
- تقدم لنا استجابات الأطفال المشكلات الافتراضية معلومات مفيدة للباحثين المـهتمين بتفسير درجات الأطفال على المقاييس السلوكية.
- يظهر قياسات Dodge الافتراضية قدرة جوهرية على تمييز الأطفال الذين يعانون من سلوكيات عدائية مشكلة.

❖ **العيوب:**

- لم يتم وصف الوقـت الـلازم لتطبيـق هـذه الأدوات للمشـكلات الافتراضيـة علـى الأطفال.
- لم تلق عملية التفسيرات التوضيحية (الصور التوضيحية) المستخدمة لمصاحبة القصــص الافتراضية اهتماماً كافياً لأن كل طفل كان يطلب منه تحليل نفسه مكـان الشـخصية في القصة. وكان من الهام أن يتمكن جميع الأطفال من مطابقة الصور التوضيحيـة المقدمـة. ولهذا نرى أن استخدام مجموعات متعددة من الصور طريق لمواجهة هذه المشكلة.
- القدرات الاستقبالية للغة قـد تدحـض نتـائج المقـاييس المعرفيـة الاجتماعيـة. لأن الاعتماد علـى المواقـف الافتراضيـة اللفظيـة قـد يقلـل مـن سـريان مفعـول هـذه الإجراءات (القياس) على بعض الجماعات مثل أطفال ما قبل المدرسة، أو الأفـراد الذين يعانون من ضعف في الفهم السمعي أو قدرات معرفية لغوية محدودة.

3- مقاييس التقدير الذاتي:-

تمكن الأطفال من الاستجابة لمثيرات متعددة (عادة ما تكون في شكل استمارات ورقية وقلم رصاص) تهتم بجوانب معينة من نموهم.

وتركز عادة على إدراك الطفل لمفهوم الذات، والمشكلات في المدرسة وإحساسه بسعادته ونفعه للآخرين، أو إنجازه الدراسي. وهناك ثلاث مقاييس شائعة الاستخدام.

أ- مقياس تقدير ذاتي ويشمل إدراك الطفل لكفاءته المعرفية والجسدية وقبوله من الأقران وقبوله من أمه. ويستجيب الأطفال بالإشارة إلى أول صورة يعتقدون أنها تعبر عنهم ويذكرون درجة التشابه بينها وبينهم. ويتوافق هذا مع تقديرات المعلمة المستقلة عن الطفل في نفس الجوانب التي يقيسها هذا المقياس.

ب- مقياس تقدير ذاتي مكون من 16 سؤال مرتبط بإحساس الطفل وشعوره بالكفاءة مثال (هل من السهل عليك صنع صداقات جديدة؟) وكذلك الوحدة مثال "هل تشعر أنك وحيداً في المدرسة؟)، وكذلك التقييم الذاتي لمكانته بين أقرانه (هل تعتقد أن الأطفال في المدرسة يحبونك؟). كما أن هناك 8 خانات تركز على هوايات الطفل وأنشطته المفضلة مثال (هل تحب لعب الورق؟).

ج- مقياس مكون من استمارة ذات 16 بند مصمم لقياس تأثيرات (طرق التدريس) المداخل التدريسية المختلفة على نمو الطفل في جانب الدوافع الاجتماعية. ويقدم معلومات من إدراك الطفل لمتعته وقلقه بسبب المدرسة. لأن استجابات الأطفال الإنفعالية لمدرستهم يؤثر على رد فعل المدرسين وعلى دعمهم لتلاميذهم (Skinner & Belmont, 1993). ويطلب من الأطفال الاستجابة بواسطة الإشارة إلى واحد من خمس رسومات تتضمن وجوهاً تتراوح ما بين الغضب الشديد إلى ابتسامة عريضة جداً أو الاختيار ما بين دائرة من خمس دوائر تتزايد في الحجم ◯◯◯◯◯ الوقت اللازم حوالي 10 دقائق.

❖ **المميزات:**

- مقاييس التقدير الذاتي تقدم إدراكاً هاماً مرتبط بقياس كفاءة الطفل الاجتماعيـة، وإدراك الطفل لمحتوى الفصل أو لمهاراته الاجتماعية.
- هذا الفهم لإدراك الطفل لمهاراته الاجتماعية قـد يمدنـا بمعلومـات هامـة ومفيـدة للمهتمين بتفسير درجـات الأطفـال علـى المقـاييس السـلوكية ولتصميـم برامـج تهدف مهارات الطفل الاجتماعية.

❖ **العيوب:**

- يصعب على الأطفال الصغار فهم بعض المفاهيم المقاسة في هذه المقاييس ممـا قـد يؤدي إلى تقدير خاطئ حول إدراك الطفل الصحيح لهذه المفاهيم.

4- الأساليب السوسيومترية:

يمكن استخدامها في المقياس وتشمل:

ترشيحات الأقران   تقديرات الأقران

ترتيب الأقران   تقديرات الشعبية من قبل المعلمة

وترشيحات الأقران تعني أن يسمي الطفل عدداً من الأطفال (عادة 3) والذي يحبهم (ترشيح إيجابي) وعدداً من أولئك الذين لا يحبهم (ترشيح سلبي).

وكذلك أولئك الذين يحب اللعب معهم أو أولئك الذين يمارسون سـلوكيات معينة مثل (دنئ، يسهل غضبهم سريعاً..) ويعطي الطفل مقياس مدرج عليه أن يحدد من 1-5 مدى حبه لزميله الذي رشحه.

ومع صغار الأطفال تستخدم الصور (وجه حزين، وجه عادي، وجـه سـعيد) لتعبر عن (لا أحبه، أحبه نوعاً ما، أحبه كثيراً).

❖ **المميزات:**

- هذه الأساليب السوسيومترية (الترشيحات) لها القدرة على التنبؤ بشكل أقوى من أي من الطرق المتاحة لقياس النمو الاجتماعي الانفعالي للطفل ولكن للأطفال الأكبر من 8 سنوات.
- يمكن استخدامها مع الأطفال في عمر 3 سنوات ولكن إذا استمرت مجموعات الأقران سوياً (في الفصل مثلاً) لمدة لا تقل عن 8 أشهر. (Howes, 1987).
- تعتبر الأساليب السوسيومترية موفرة لمعلومات مكملة وليست أصيلة لتقديرات الأهل والمعلمين.

❖ **العيوب:**

- توفير صور لكل أعضاء العينة من الأطفال.
- طول الوقت اللازم لتسجيل البيانات حول الأطفال.
- التحيز من قبل الوالدين في تسجيل وتقدير كفاءات أطفالهم.

ثانياً: المقاييس غير المباشرة: -

يمكن قياس الكفاءة الاجتماعية للطفل باستخدام فرق غير مباشرة. وهذه الطرق تتضمن التقديرات السلوكية بواسطة فرد مؤثر في حياة الطفل مثال (المعلمين، الوالدين، المربين، الأقران)

وتعتمد على الملاحظة المستمرة لتفاعل الطفل في حياته اليومية وتتضمن أدوات تقيس نوعين أو فئتين من السلوكيات:

1- أدوات تقيس السلوكيات المشكلة أو علم النفس المرضي.

2- أدوات تقيس السلوكيات الإيجابية والسلبية على حد السواء.

1- قياس سلوكيات المشكلة:

وتتم بواسطة أحد الأداتين التاليتين:

1- قائمة سلوك الطفل (أشنباخ) وأخر 1993.

2- قائمة السلوك المشكل لبيترسون وآخرين 1986.

1- الأداة الأولى: تتكون من تقرير المدرس والتقرير الذاتي لأشنباخ 1991، 1981 CBCL، و Teacher Report form (TRF) و Youth self- Report (YSR) (الباحثين) Achhcnbach & Edelbrock, 1988; Achenbach, 191 a, 1991b .

عبارة عن مقاييس متوازية لكل من الآباء، والمعلمين، والأطفال في عمد **11 سنة فما فوق**. ويسجل الملاحظين المشكلات في كفاءات الأطفال ويعطوا تقريراً حول الدرجة (المدى) لهذه السلوكيات الصادرة فعلاً عن الطفل في فترة 6 أشهر الماضية. والرقم الكلي للعناصر (ن = 118) يعبر عن السلوكيات المشكلة والسلبية مثل (قاسي مع الحيوانات، زائد الوزن: كتوم، يحتفظ بالأشياء لنفسه فقط (أناني)، يتحدث كثيراً، يتأفف و"زنان") (CBCL Achenback & Edelbrock, 1993) .

وأحد عناصر هذا المقياس تسأل الوالدين حول أنشطة الطفل مثل: (الرياضة، الهوايات، النوادي)، وحول أصدقاءه المقربين، وأداء الطفل في المدرسة، وقدرته على التعامل مع الآخرين).

يستغرق المقياس 28 دقيقة. وهذه المقاييس تمدنا بمعلومات عن مشكلات عدم الكفاءة الاجتماعية للطفل.

2-الأداة الثانية عن المشكلات السلوكية

(The Behavior Problems Index (BPI;Zill&Peterson, 1986)

مكونة من 28 عنصر تقدم 6 مقاييس مدرجة.

- العناد - النشاط الزائد
- السلوك غير الاجتماعي - الاعتمادية (الاتكالية)
- القلق / الاكتئاب - صراع الأقران

هذه العناصر صممت لحصر المشاكل السلوكية الأكثر شيوعاً بين الأطفال من عمر 4-17 سنة.

❖ **المميزات:**

- أن السلوكيات المشكلة لا تميز وتحدد فقط الأطفال المعرضين للخطر في سلوكياتهم في المستقبل، بل تخدم أيضاً كمؤشرات لنظام الدعم الاجتماعي بمجرد وجود السلوكيات المشكلة والمرتبطة بعوامل الحظر الاجتماعي مثل (الأنانية، عدم التعاطف من ناحية الأم للطفل، والفقر، والأسر كثيرة الحجم، انفصال الأزواج).
- مقاييس السلوكيات المشكلة تتميز بإمكانية الاعتماد عليها، وتظهر صلاحية مؤيدة (للملاحظات، وتقويم الأقران) كما أنها منبئة للمشكلات في المستقبل لدى الأطفال.
- غير مكلفة في تطبيقها.

❖ **العيوب:-**

- تقيس أدوات السلوك المشكل السلوكيات المضطربة ولا تقيس المهارات المرتبطة بكفاءة الطفل أو حتى تقدم صورة متوازنة للطفل. فعلى سبيل المثال: عدة عناصر من هذه المقاييس مصاغة بصيغة سلبية "لا يستطيع التعامل مع المعلمين" "ويشعر بالدونية" من مقياس (Behavior Problem Index).

2- قياس السلوكيات السلبية والإيجابية:

من أهم المقاييس المصممة في هذه الفئة هو مقياس:(SSRS) The Social Skills Rating System (Gresham & Elliot, 1990) وهو يقيس المهارات الاجتماعية الإيجابية والسلوكيات ما قبل الاجتماعية وأيضاً يقيس السلوكيات المشكلة، ويستخدم استبيانات لكل من المعلمة، والآباء، والطلبة من الصف الثالث فما فوق، ومتوافراً أيضاً في نسخة لأطفال ما قبل المدرسة، ونسخة أطفال ما قبل المدرسة مكونة من 57 بنداً في نسخة المعلمة، و55 بنداً في نسخة الآباء. وهذا المقياس SSRS مصمم ليمثل 3 ميادين * المهارات الاجتماعية * السلوكيات المشكلة * الكفاءة الأكاديمية.

◆ وصف المقياس: SSRS:

1- متوفر في 3 صيغ: * للأطفال في الصف الثالث وما فوق

* للآباء.

* للمعلمات للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

2- متوافر في صيغ مناسبة لأطفال ما قبل المدرسة، وأطفال الابتدائي، والثانوي.

3- بالنسبة لصيغة المرحلة الابتدائية فهي مكونة من 57 عنصر في صيغة المعلمة و55 عنصر في صيغة الآباء.

4- SSRS مصمم لقياس 3 ميادين هي:-

أ- مشكلات عدم التكيف الاجتماعي

وكل الصيغ الثلاثة (للمعلمة، وللآباء، للأطفال) تقيس سلوكيات شائعة لميادين فرعية لكل من:- (5 ميادين فرعية)

- عدم التعاون: مثل ضعف القدرة على مساعدة الآخرين.
- سلوك الانسحاب: مثل سلوكيات عدم المبادرة أو المبادأة مثل الانطواء - الخجل.
- عدم الإحساس بالمسئولية: مثل سلوكيات تُظْهر عدم القدرة على التواصل مع الكبار والعبث بممتلكات الآخرين.
- عدم القدرة على التعاطف: سلوكيات تظهر عدم الاهتمام أو الاحترام لمشاعر الآخرين ووجهات نظرهم.
- عدم القدرة على التحكم الذاتي: سلوكيات تظهر في مواقف الصراع مثل: الاستجابة بشكل غير ملائم لتصرفات الإغاظة. وسلوكيات تظهر في مواقف لا صراع فيها بل تتطلب أخذ الأدوار المناسبة ولا يجيدها.

ب- السلوكيات المشكلة:

وتحتوي على 3 أبعاد فرعية:-

1- **المشكلات الظاهرية**: سلوكيات تتضمن عدوان بدني (جسمي) أو لفظي للآخرين وتحكم ضعيف في المزاج، والمجادلة.

2- **مشكلات داخلية**: سلوكيات تشير إلى القلق، الحزن، الوحدة وثقة ضعيفة بالذات.

3- **النشاط الزائد**: سلوكيات تشير إلى حركات مفرطة، الملل وردود أفعال متهورة.

وهذه الأبعاد الفرعية للسلوكيات المشكلة موجودة في كل من صيغة المعلمة والآباء ومن أمثلة هذه العناصر:

* يتشاجر مع الآخرين * يسهل أن يشرد ذهنه
* يغضب بسهولة * يتصرف بإحباط وحزن

ج- عدم القدرة على الكفاءة الأكاديمية:

ويركز على الأداء الأكاديمي للطفل وموضوعه على مقياس متدرج من خمسة درجات وتقيس البنود: القراءة، الحساب، الدافعية، الدعم الوالدي، الأداء المعرفي العام.

وهذا المقياس يقيس أبعاد تواصلية فعلى سبيل المثال: في صيغة المعلمة هناك بنود مثل (يقدم نفسه للآخرين، يصل لتسوية في مواقف الصراعات، يقول أشياء جميلة حول نفسه عند الحاجة، ويدعو الآخرين لمشاركته في الأنشطة). (مروة أمين 2006).

الفصل السادس

مشكلات الاستعداد للتعليم والتعلم في الروضة

أولاً : دور الأسرة في تهيئة الطفل للاستعداد للتعلم بالروضة

ثانياً : دور المعلمة في تنمية الاستعداد الطفل للتعليم والتعلم

ثالثاً : مشكلات صعوبات التعلم

أ- أسباب ظهور صعوبات التعلم وعلاجها

ب- تشخيص صعوبات التعلم

ج- علاج صعوبات الانتباه

د- علاج صعوبات الإدراك

الفصل السادس

مشكلات الاستعداد للتعليم والتعلم في الروضة

يمر معظم الأطفال بصعوبة كبيرة في بداية دخول الروضة، وقد أشار مارتين هربرت (1985) إلى أن هذه الصعوبة تأتي نتيجة لاعتياد الطفل وألفته للمنزل ووجوده المريح بجوار أسرته؛ وبصفة خاصة والدته، بينما عندما يدخل المدرس، يقحم عليه نظام وسلطة في أيدي غرباء، لا يتوقع أن تكون خبرته معهم سارة، كما تتعدد المتاعب والضغوط التي لم يخبرها من قبل؛ فعليه أن يلتزم بعدد معين من الساعات داخل الفصل، وأن يكون أكثر هدوءاً وتركيزاً، وعليه أن يستأذن عند قضاء الحاجة، كما يطلب منه ممارسة سلوكيات بمفرده تختلف عما اعتاد عليه في المنزل. كما يجب عليه أن يتعلم الإنسجام مع الآخرين، والذين لا يراعون شعوره باستمرار.

ولذلك نرى أن استجابات الأطفال للحياة المدرسية تختلف باختلاف الخبرات، التي تهيء الطفل للذهاب إلى المدرسة.

كما تؤثر شخصية الطفل في عملية الإندماج في المدرسة، فالطفل المنبسط يجد تحولاً سعيداً لخبرة المدرسة والحياة فيها. وتأتي مصادر التوتر التي تنشأ لدى الأطفال من التعرض لوجوه جديدة وأطفال أكبر حجماً وأكبر سناً وأفكاراً جديدة ونظماً غير مألوفة، ويشير مارتين هربرت إلى أن عدم الاستعداد الجيد لهذه الخبرات يؤدي إلى النفور من المدرسة، والذي يتمثل في عدم الرغبة في الذهاب إليها، ويمثل رفض الذهاب إلى المدرسة خوفاً مرضياً منها.

وقد نلاحظ بعض المقاومة من الطفل للمدرسة لعدة أيام أو لمدة أسابيع، وتشير معظم الدراسات إلى أن ذلك يرجع إلى غرابة الأنشطة الجماعية عما اعتاده

الطفل في المنزل، وقد يطلب منه مهارات اجتماعية ليست في نطاق مستوى نضجه الحالي وتساوره تساؤلات .. هل سينجح في تكوين علاقات مع زملائه؟

وتشير ماريان ماريون إلى أن اندماج الطفل في الحياة المدرسية يتوقف بدرجة كبيرة على صحته الجيدة، التي تؤثر على نموه الحركي والجسمي، ودرجة ذكائه التي يعرف من خلالها حدود أدائه وقدراته ومهاراته الاجتماعية المتمثلة في إدراكه لمدى تأثيره على الآخرين.

إن ما يكتسبه الطفل من خبرات قبل الالتحاق بالمدرسة يشكل أساساً لتعليمهم المستقبلي، ويعد خطوة حاسمة للدخول في عالم التعليم والتعلم.

إن هذه الخطوات الحاسمة تقتضي تدعيماً لأكثر من جهة تربوية، فالإعداد لمرحلة الروضة يزود الأطفال بأسس الثقة والأمان للإندماج والتكيف، ومع تلك البيئة الجديدة وللحياة في المجتمع ككل في المستقبل. وفي هذا الفصل نناقش دور الأسرة في تهيئة الطفل للاستعداد لدخول الروضة ثم نناقش دور المعلمة في تكوين الاستعداد للتعليم والتعلم ثم يوضح العوامل التي تؤدي إلى صعوبات التعلم وأسبابها وعلاجها.

أولاً : دور الأسرة في تهيئة الطفل للاستعداد للتعليم بالروضة

وقد أشارت وات جويس (WATT, J 1987) إلى أن مشاركة الوالدين تعتبر جزءاً أساسياً من بنية التعليم الجيد؛ لأن الآباء هم الذين يقومون بأعباء الاستمرار في التعليم على المدى الطويل. وكما أن للآباء أدواراً بالنسبة لرعاية أطفالهم، إلا أنهم في حاجة إلى أن يكونوا مدعمين رئيسيين في عملية تعليمهم؛ خاصة عند الانتقال من البيت إلى المدرسة؛ لأن الأطفال في هذه الفترة هم أحوج ما يكونون إلى التشجيع لتعلم مهارات جديدة واتجاهات جديدة واكتساب معلومات، ليست فقط عن المدرسة وكيف ينتظم فيها الأطفال؟ وقد أشارت ويلز (Wells 1987) وتيزارد (Tezard 1984) إلى أن التعلم اللاحق عندما يقترب من خبرات المنزل في السنة الأولى.. فإن ذلك يساعد على سرعة الفهم والتعلم.

وأثبتت الدراسات أيضاً أن التفاعل بين خبرات المنزل يؤثر بشكل دال على الخبرات اللغوية للأطفال في كافة المستويات الاجتماعية والتعليمية - وأكدت أن تأثير المعلمين بمفردهم يكون قليلاً جداً، عندما لا يدعم الآباء التفاعل مع الأطفال. وهذا يؤكد أهمية الخبرات الأسرية والمنزلية في التعليم في السنوات المبكرة للأطفال، وكذلك الاتصال الجيد من أجل إيجاد فرص تعليمية أفضل (Maxwell 1990) ، (بارى Barry 1993)، (أورتيز Ortiz) ، (دانلوب Danlcap)؛ حيث أكدت برامج هذه الدراسات أن اشتراك الوالدين في تعليم أطفالهم الاستعداد لدخول الروضة يجعل الطفل أكثر أماناً، وينعكس ذلك على استجابته للبرامج التعليمية التي قدمت له.

كما وجد أن العلاقة التعليمية غير المباشرة والنمو المعرفي تؤثر على القدرة على الاستجابة، كما تؤثر الحالة المنزلية المناسبة (درجة تعليم الوالدين - المستوى الاقتصادي - الحالة الصحية) في عملية مشاركة الآباء في تكوين درجة الاستعداد لدخول الروضة.

وقد أشار فتحي سرور (1989) إلى أن مشاركة البيت منذ البداية في العملية التعليمية تحقق اتصالاً مستمراً، يدعم العملية التعليمية.

كما أكد حسين كامل بهاء الدين (1998) أن هذه المرحلة لها خطورتها البالغة في تكوين الشخصية، وفي وضع بذور قدراته المستقبلية صحياً ووجدانياً وتربوياً.

ويوجد عديد من الدراسات التي تؤكد دور الأباء في تهيئة الأطفال للتعلم بالروضة منها:

دراسة روزمارى (RoseMary, c. 1995)

ركزت هذه الدراسة على العوامل البيئية المنزلية والمدرسية، التي تؤثر في عملية الانتقال من البيت إلى المدرسة، وتمت مقارنة وجهات نظر كل من المعلمين والآباء بالنسبة لمدى استعداد أطفالهم لدخول الروضة، وأوضحت الدراسة وجود اختلافات كبيرة بين خلفية كل من الآباء والمدرسين، وكذلك اختلاف خبراتهم المتوقعة حول الاستعداد لدخول الروضة.

وارتبطت الاختلافات بأداء الطفل والتساؤلات المتوقعة عن العلاقة بين المنزل والروضة، وأظهرت العوامل أهمية التقدم في التكيف الاجتماعي والنمو اللغوي كمؤشرات مهمة في الاستعداد للانتقال من البيت للروضة.

دراسة فان روين (Van Rooyen 1996)

أكدت هذه الدراسة أهمية الوعي اللغوي أثناء عملية القراءة كمؤشر مهم بالنسبة للأداء المدرسي، وأوضحت أهمية تنوع الاختبارات عند محاولة تعرف مدى استعداد الطفل لدخول الروضة.

دراسة ويست جيرى (West, J 1993)

أكدت أن أطفال ما قبل المدرسة عندما يصبحون قادرين على الاتصال من خلال التعبير اللغوي، وعندما تكون لديهم مثابرة عند اكتشاف وجود أنشطة جديدة.. فعندئذ يمكن اعتبارهم على درجة جيدة من الاستعداد لدخول الروضة، كما أقر الآباء والمعلمون في هذه الدراسة أن المعرفة المسبقة بالحروف الهجائية والعد حتى رقم عشرين، وبداية استخدام القلم في التلوين والرسم، تعتبر مؤشرات مهمة، توضح استعداد الطفل لدخول الروضة.

دراسة هارادين (Harradincic 1996)

قارنت هذه الدراسة بين آراء المعلمين والآباء في تحديد مدى استعداد الطفل لدخول الروضة مقابلة 575 من الآباء، و53 من الأطفال فيعمر 4 سنوات، و 575 معلماً، ودللت النتائج على أهمية مؤثرة الاستعداد كالصحة الجيدة والحيوية، والقدرة على الاتصال الجيد والتأثير أثناء عملية الاتصال، وفاعلية الآباء كانت دالة في تأكيد تقدير الآباء أعلى في القدرة على حل المشكلات والحساسية نحو الآخرين ومعرفة الألوان والأشكال، بينما كانت مجموعة المعلمين أعلى في القدرة على المثابرة والقدرة على الاتصال.

دراسة كلاوس وآخرين (Claus, rel 1996)

هدفت هذه الدراسة تعرف البرامج المساهمة في تكوين الاستعداد لدخول الروضة، ووجد أنها تضمنت سبعة مجالات، هي :

المجال المعرفي - المجال النفسحركي - الاتصالي - مسئولية الآباء نحو المشاركة في الاستعداد - تطوير المناهج وتنمية المعلمين - إسهامات المسئولية - التقويم الدوري.

اعتبرت الحياة الأسرية من العوامل المهمة في تكوين استعداد الطفل لدخول الروضة.

أوضحت دراسة جريفن (Griffein – elziabeth 1997): في دراسة على 267 طفلاً أن المعلمين يقدرون الاستعداد للروضة بالنسبة للطفل خلال فهم اللغة الاستقبالية والمعلومات العامة والاستعداد للمعرفة والرياضيات - واعتبر السلوك المهذب داخل الفصل مثل الجلوس بهدوء، والقدرة على التوجيه الاستقلالي والاستمرارية في العمل .. كلها كانت مؤثرة على درجة الاستعداد لدخول الروضة، هذا بينما لم يكن للجنس أثر على هذا الاستعداد.

وأوضحت دراسة جريد لرجليبرت (Gredler, G 1996) : أن الاستعداد لدخول الروضة يتمثل في القدرة على التوافق الاجتماعي والانفعالي. ووجدت علاقة بين الاستعداد لدخول الروضة والقدرة على التحصيل الأكاديمي، واعتبرت هذه الدراسة أن الآباء يمكن اتخاذهم كمدعمين لتكوين الاستعداد لدخول أطفالهم الروضة، من خلال تدريب أطفالهم على مهارات الحياة، وتقديم معلومات لهم في أوقات غير أوقات التعليم الرسمي.

وأشارت دراسة بانترجانيت (Panter 1998): إلى وجود مقاييس تساعد على التنبؤ بالاستعداد لدخول الروضة، وأكدت نتيجة الدراسة السابقة (جريفن 97) عدم وجود علاقة بين الاستعداد لدخول العرضة والجنس، وتم قياس الاستعداد عن طريق المهارات الاجتماعية والاستعداد اللغوي.

وأظهرت دراسة باريان (Bryan. M 1998): أهمية مشاهدة الأطفال لبرامجهم التليفزيونية والقراءة كمهارات ضرورية في تكوين الاستعداد لدخول الروضة.

وأشارت دراسة كلارك (Clark, A 1997): إلى أهمية تأثير الأسـرة في تعليم الاستعداد للمدرسة، واختبرت علاقة الاستعداد بوظيفة الآباء، وكذلك بتنوع الخبرات المنزلية والبيئة التي تقدم إليهم ومشاهدة البرامج التليفزيونية، وأثبتت النتائج عدم وجود علاقة بين وظيفة الآباء ودرجة الاستعداد لدخول الروضة. أما البيئة المنزلية والعائلية ودور الأسرة كان فعالاً في تكوين الاستعداد للروضة.

أما دراسة جروالبزابيث (Graue, el. 1992): فقد أوضحت تأثير واستيعاب فهم الأدوار بالنسبة لتأهيل الطفل كتلميذ، وتمت مساعدة الأسر على فهم هذا الدور، وأخذ في الاعتبار تخطيط برامج الآباء لإعداد أطفالهم لدخول الروضة - كيفية الانتقال من حياة الأسرة إلى المدرسة - تحديد التأثيرات في ضوء ذلك - تطوير شكل الانتقال من البيت إلى الروضة.

وأهتمت دراسة ويثمرماريم (Westheimer, M 1997): بتحسين البيئة لتنمية استعداد طفل الروضة في المجالات التالية المعرفي - الحركي - المشاعر - مسئولية الآباء نحو الأبناء؛ من حيث الاستعداد لدخول الروضة.

وفي دراسة بيروجون (Peer, J 1995) : أعطيت قائمة اختبار الاستعداد للمدرسة، وطلب من الأسر وضع الطفل على أهبة الاستعداد لدخول الروضة لعدد (108 طفلاً وطفلة)، وأظهرت النتائج درجات صدق عالية لأداء الأطفال على قائمة الاختبار، واعتبرت معظم الدراسات أن الأسر - كجزء من نظام اجتماعي كامل - تساعد على إنماء الاستعداد لدى الأطفال لدخول الروضة؛ لأنها تعطي الخبرات في غير أوقات التعليم الرسمي مثل دراسات: باجلي Bagley 1995 ، جليفر Gelfer 1994 ، وكار Karrc 1994 ، ويست West 1993 ، جرو Groeue 1993، وبانتر Panter 1998 ، وكالان Kalan 1998 ، وماكوى Macoy 1998.

أما بالنسبة للدراسات العربية.. فقد اهتمت ببرامج الأطفال في الروضة، ولم تهتم بفاعلية الأسرة دورها في إعداد الطفل لدخول الروضة، ولم تجد الباحثة دراسة

عربية واحدة اهتمت بطرق قياس هذا الاستعداد على الرغم من معاناة إدارة الروضات من عدم التقدير الموضوعي لمعرفة درجة استعداد الطفل لدخول الروضة، والذي يعد حدثاً مهماً في إعداد الطفل للمستقبل.. فنجد دراسات طلعت منصور (1978)، فاطمة حنفى (1983)، سعدية بهادر (1987، 1991) طلعت منصور وآخرين (1988)، محمد أحمد عبد اللطيف (1956)، منى الحمامى (1982)، أحمد عروس (1994)، توحيدة عبد العزيز (1993)، عبد الحليم محمود (1980).

ويمكن أن يعرف استعداد الطفل لدخول الروضة Readiness for kindergarten ، بأنه يمثل درجة الطفل في القدرة على التفكير والاستعداد الجسمي الحركي والاستعداد الانفعالي الاجتماعي.

أ- القدرة على التفكير تتمثل في قدرة الطفل على استعادة بعض الصور أو المعاني أو الاحتفاظ ببعض المعلومات "التذكر"، كما تتضمن الفهم اللفظي بالتخفف عن استخدام الحواس، واستخدام الرموز العددية واللغوية في التعبير.

ب- **الاستعداد الحركي الجسمي**: يتمثل في التآزر الحركي في المشي والقفز والإمساك بالأشياء وتآزر حركة العينين أو تركيزها.

ج- **الاستعداد الانفعالي الاجتماعي**: يعبر عن مشاركة الآخرين ألعابهم والتعاون معهم والإندماج والتكيف في التفاعلات السارة وغيرها "كالمناسبات" مع الآخرين - انتظار الدور - الإرجاء التدريجي لبعض الحاجات.

مما تقدم يتضح أن دور الأسرة في تكوين الاستعداد للتكيف مع البيئة في الروضة يتم من خلال:

1- مساعدة الطفل على تعلم تاريخ ميلاده اسم الشارع الذي يسكن فيه، وأغاني الأطفال، مساعدته على العد حتى رم عشرة، وذكر قصص بسيطة.

2- استخدم خبرات الحياة اليومية في معاونة طفلك على تنمية وعيه بالأشياء والأماكن مثل:

• اطلب من طفلك أن يساعدك على العثور على مشترياتك في السوبر ماركت.

- اطلب من طفلك أن يقول لـك متى تتجه إلى اليمين أو اليسار؛ حين يكون برفقتك لتوصيله إلى المدرسة أو إلى منزل صديق، لتنمية انتباهه للمواقف، أو المواقع، أو التفاصيل.
- تعليم الطفل تصنيف الأشياء حسب الحجم، اللون، الشكل، الملمس، أو الرائحة (رال، ازرار، أوراق، أحجار، أجزاء اللعب)، لتمييز أوجه التشابه والاختلاف.
- استخدم قصص ما قبل النوم، حتى إذا كانت مختصرة فإنها عادة ليلية يمكن تنمية مشاعر إيجابية نحو القراءة، من خلال الدفء والتقارب، الـذي يحدث في مثل هذا الوقت.
- حاول أن تختار برامج التليفزيون التي تسهم في تنمية خبرات الطفل، بدلاً من البرامج المكررة المملة المضيعة للوقت، من خلال :

3- مشاهدة البرامج التعليمية مع طفلك والتأثير في أسلوب اختيار البرامج وتنمية قوة الملاحظة.

4- تشجيع الطفل على تمثيل المسلسلات التي شاهدها (الأجداد مشاهدون ممتازون لتمثيليات الأطفال).

5- متابعة اهتمامات الطفل في الرحلة إلى المكتبة أو إلى الحقل أو الحديقة ذي العلاقة بالموضوع.

6- تخير ألعاب عيد الميلاد والأجازات، وهذه الألعاب التي لا تكون فقط ممتعة، بل مثيرة مثل لعبة تذكر الكروت، والتي يمكن للطفل أن يجد أزواجاً من الكروت المتشابهة.

تعتبر مهارة تذكر الأحداث أو التفاصيل مهمة جداً، ومن الأفضل معرفة كيف يستخدم مصادر المعلومات، حينما يسأل الطفل أسئلة من السهل أن ينسى حصيلة معلوماته عند محاولته الإجابة عن السؤال، وإذا أمكنك أن تشغل طفلك في عملية العثور أو اكتشاف الإجابة عن السؤال، فسوف يتعلم طفلك أكثر وأكثر.

اقتراحات لمساعدة الطفل للاستعداد الحركي :

يقوم المخ بتوجيه عضلات الجسم، وتعتمد قدرة المخ على إرسال الإشارة الملائمة إلى هذه العضلات على التدريب بالإضافة إلى عوامل أخرى، ويعتبر المشي، وحركات العين، التوازن، القذف، الكتابة، والتشقلب من الأنشطة الحركية التي تؤديها العضلات بتوجيهات من المخ كما تعتمد على آلاف من الخبرات السابقة.

وبعض الأنشطة مثل نط الحبل يحتاج إلى تناسق عضلي كبير، والبعض الآخر مثل مربع يعتمد على الحركية العضلية الرقيقة من العين واليد.

يعتمد الكثير من الاستعداد لرياض الأطفال على عديد من العضلات التي تعمل معاً، فمجرد الوقوف على سبيل المثال يعتمد على الانقباض والانبساط المنظمة لـ 200 من العضلات المتقابلة، فتخيل كيفية السيطرة والتآزر بين عضلات الساقين، العين، الجسم، الأذرع حينما يلعب الطفل لعبة نط الحبل.

يبدأ الطفل الوليد بحركات عشوائية لعضلات جسمه الكبيرة، وعندما يصل إلى سن دخول رياض الأطفال.. فلابد أن يكون قد نما لديه نظام معقد للاتصال بين المخ والعضلات، وتحتاج كل خطوة إلى سلسلة من الخبرات النمائية، فالطفل يجب أن يقف أولاً، ثم يخطو، ثم يمشي، ثم يجري وكل خطوة جيدة تقوم على النجاح فيما سبقها من خطوات.

وإمساك الكرة وقذفها من الأنشطة المعقدة جداً بالنسبة لطفل الرابعة من العمر، فالطفل يجب أن يتعلم إيقاف الكرة، ولكي يفعل ذلك.. فعليه أن يخمن وقت وصول الكرة فيمد يده أو قدمه لملاقاتها في المكان الصحيح.

يتضمن ذلك حركات للأصابع، الأذرع والعين، والخطوة التالية هي الإمساك بكيس بلاستيك يلقى نحوه في سهولة، بعد ذلك الإمساك بكرة كبيرة لتنظيفها (Bouncing)، ثم بكرة متوسطة الحجم تلقى نحوه مباشرة، وأخيراً بالكرة الصغيرة.

يجب أن تعمل العينان زوج متآلف للملاحظة، فعين واحدة تكفي للقراءة ولتعرف الأشياء، لكن العينين مطلوبتان لتحديد المسافة ووقت وصول شئ مقذوف.

فيما بعد ذلك بالمدرسة، ستعتمد القراءة جزئياً على حركة العينين عبر الصفحة، وتتحسن هذه المهارة من خلال الخبرات الناجحة لإمساك الكرة في السنوات الأولى من العمر.

تعتمد كتابة الحروف الهجائية على قدرات العين، المخ، والعضلات على العمل مع بعضهم، ويلعب التحكم في العضلات الدقيقة للأصابع دوراً ضرورياً في الكتابة، ويمكن مساعدتها عن طريق الألعاب العديدة، التي تحتاج إلى تحكم الأصابع مثل المكعبات، اللبى Marbles ، عمل عقود الخرز، التلوين، الرسم.

والطفل الذي يتسلق، يمشي على حافة الرصيف (بلدورة الرصيف) يمشي على حافة عالية باستخدام عمود توازن، يتزلج، يتدحرج على الخضرة، يتشقلب على السجادة، يدخل في لعبة المصارعة مع إخوته الذكور والإناث.. كل ذلك يتيح له الفرصة للتدرب على التآزر الأحسن من الطفل المؤدب الذي يجلس في هدوء على الكرسي (مراقباً سلوكياته).

اقتراحات لمساعدة الطفل ليتعلم كيف يعبر عن مشاعره :

يولد الطفل ولديه القدرة على تنمية الحب، المرح، والقدرة الانفعالية، ولكن طريقة تعلم التعبير عن مشاعره قد تجعل حياته أكثر سعادة، فعلى أبسط المستويات يتعلمون أن يقول "من فضلك" و"شكراً" لمشاركة الآخرين، ويتعلم ألا يبكي في مواجهة الإحباطات البسيطة.

تؤثر طريقتك في الاستجابة لطفلك على نوع السلوك الذي يحمله الطفل، فإذا تعلم الطفل أن البكاء أو النحيب سيغير رأيك، فسوف تصنع منه طفلاً يبكي وينحب من أجل تحقيق أهدافه.

لا تكافئ الطفل على سلوك سيء :

يستمر لجوء الطفل إلى النحيب كل مرة يواجه فيها إحباطاً فقط، إذا كافأنا على ذلك (إذا استسلم الوالدان لرغباته)، ولكن يمكن أن يتعلم الوالدان الثبات في

هدوء في مواقفهم ولا يغيرونها إلا في وجود معلومات جديدة، تؤثـر علـى قرارهـم السابق (حقائق وليست مشاعر). والأطفال الذين مروا بمثل هذه المعاملة الثابتـة مـن جانب الوالدين في المنزل، لن يحاولوا التأثير على معلميهم عن طريق الدموع.

طريقة أخرى يمكن للوالدين بها تشجيع عدم النضج الانفعـالي بغـير إدراك .. لذلك من خلال تقديم الحماية الزائدة، فالكثير من الحماية الوالدية ليس ضرورياً بل إنه ضار، فقد تعني الحماية الزائدة للأطفال أنـهم ضعفـاء وعـاجزون عـن التصـرف بأنفسهم مع زملائهم أو أقرانهم، وهم لا ينجون انفعالياً إلا إذا تعلموا أن يواجــهوا الناس والمواقف، وأن يتعاملوا معهم بغير معاونة آخرين، والأب الذي يصمم علـى حماية طفله الضعيف، سيواجه موقفاً يبدأ فيه ذلك الطفل شجاراً مع آخرين، لمجرد أن يجعل أباه يتدخل في هذا الشجار ويعاقب الطفل القوي.

والقدرة على حل الشخص لمشـاكله بمعاونـة والديـه هـي خطـوة كبـيرة نحـو السلوك الناضج، أما الطفل الذي يبكي ويتعلق بوالديه .. فسـيواجه مواقـف صعبـة كثيرة داخل وخارج المدرسة.

هناك مجال آخر يمكن للوالدين فيه تنميـة الاسـتقلالية، وهـو أن يتعلـم قبـول مسئولية العمل المنزلي، وهي مسئولية صعبة، ولكننـا سـرعان مـا نكتشـف أن حـب الوالدين أو الرغبة في أن يكون شخصاً مسئولاً في العائلة، هي المكافأة الكبـيرة لهـذا الطفل على إفراغه سلة المهملات أو تنظيفه غرفته، فماذا يدفع الطفل إلى المعاونـة في المنزل.

التهديد والنقد والضرب وتوجيه التعليمات كلها أمور سهلة وسريعة النتائج، ولكن لها آثارها الجانبية دائماً، وبالعكس فالمدح والمكافآت والآثار الإيجابية الأخرى، والتي تركز على السلوك المرغوب تحتـاج وقتاً أطـول، ولكنـها مـن أفضـل الطـرق المرغوبة.

يقدم الآباء (رشوة) لأبنائهم والرشوة هي مكافأة غير مشـروعة، مقـابل قيـام الشخص بسلوك غير مشروع أو السكون عن شيء مطلوب، والمكافـأة هـي تدعيـم على سلوك مرغوب ويحصل الطفل على معاملة طيبة، نقود، لعب، رحلات، مميزات

أو مكافآت اجتماعية مثل الربت على الكتب إذا أحسن عملاً، وكل تلك أمثلة على المكافآت، والأطفال يحصلون على ذلك في كـل الأحـوال، فلمـاذا لا نستخدمها في الوقت المناسب لتشجيع السلوك الناضج.

لكي نؤسس نظاماً للمكافآت على السلوك المرغوب مثل تعلم كيف يقوم بالأعمال المنزلية، يجب على الوالدين أن يكونوا متسقين في استخدام المكافآت، فالطفل الذي يتعلم تنفيذ المهام بشعور طيب وتوقعات سارة سوف يدخل المدرسة ولديه اتجاهات، ستؤدي به حتماً إلى النجاح، والسلوك المسئول سوف يصبح عادة، والحاجة للمكافآت على السلوك ستقل تدريجياً.

والخلاصة أن نوع السلوك والاتجاه الذي نشجعه ونكافئ عليه ونوع المشاعر، التي تنمو لدى الطفل عن أنفسهم وعن الآخرين، سوف تؤثر جداً على استعدادهم للالتقاء بالآخرين في المدرسة وتقبل خبراتها التعليمية بصورة إيجابية.

لا يوجد سلوك يهدف تشجيع الاستعداد للمدرسة يؤدي إلى النقد، أو الإحباط أو التهديد، ولا تتوقف النتائج فوراً، لا تجبر الطفل على شئ لا يهتم به في لحظة معينة، والنجاح البسيط كلما كافأناه بالمدح والسرور يؤدي إلى تقربك من طفلك، ويؤدي أيضاً إلى مساعدة الطفل في بناء ثقته بنفسه ومشاعره بأن تعلم مهارات جديدة هو شئ سار.

يمكنك حتى أن تكتشف أن مساعدة طفلك في تنمية استعداده للمدرسة يؤدي إلى خبرات سارة للوالد وللوالدة أيضاً.

وتشير سهام الصويغ إلى تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية التي يتبناها والدا الطفل نحو تعليمه.

وتتضمن هذه العوامل الاتجاهات التي يتبناها والدا الطفل، نحو تعلم أطفالهم، وهذه تتأثر بالخبرات والمعارف والتجارب التي تأثر بها الوالدان. فقد يبحث الوالدان عن مدرسة صغيرة بفصول قليلة العدد؛ لأن طفلهما خجول، وقد يبحث والدان آخران عن مدرسة تقدم أنشطة رياضية كثيرة؛ لأن طفلهما كثير الحركة ، وقد يقرران

إدخاله مدرسة تهتم بتدريس العلوم الدينية لأن اتجاه الوالدين دفعهما إلى ذلك، وهكذا تتعدد العوامل التي تؤثر في اتجاه الوالدين؛ إذ له في عملية الاختيار دور نلحظه في:

1- نمط التعليم في المدرسة (قصري - فردي - تلقين - تجريب ومحاولة).

2- المنهج المقدم (قراءة وكتابة - دين - إنجليزي - أنشطة حرة - رحلات).

3- نمط التعامل في المدرسة (احترام الطفل - تعليم مبادئ اجتماعية العلاقة بالأسرة).

خطة الاختيار:

الخطوة الأولى: تحديد افكار واضحة:

أولاً عن الطفل: لكل طفل طبيعة مختلفة، وليس من الواقع أن تكون هناك مدارس تراعي الأنماط المختلفة. ولكن ملاحظة الطفل والتعرف على نموه، يساعدان على تحديد الاختيار. ومن المناحي التي يمكن مراعاتها، طبيعة الطفل في التعلم، فهناك الطفل المكتشف، والطفل المتلقي، والطفل الهادئ المتكيف، والطفل البطيء التعلم، وعندما يكتشف الأبوان أن إحدى الصفات تعوق طفلهما عن بعض المهارات؛ فإنهما سيحاولان إيجاد المدرسة التي تساعد الطفل على تخطي هذه العقبة، أو على الأقل، أن لا يكون الوضع المدرسي سبباً في تفاقم المشكلة.

ثانياً عن الأهل: إن تحديد الاتجاهات العائلية المتوقعة، من دخول الطفل إلى المدرسة، والتأثير من دقة هذه الاتجاهات، وعدم تأثرهما بعامل وقتي، كأن ينصح صديق بمدرسة أو بأسلوب. كما إن إجراء تحريات حول الموضوع؛ يساعد على اتخاذ اتجاه معين، فضلاً على أن محاولة إجراء قراءات كافية عن تعلم الطفل في تلك المرحلة؛ سيساعد في تحديد الاتجاه على أساس علمي في صالح الطفل.

الخطوة الثانية: جمع المعلومات عن المدارس:

هذه المرحلة تحتاج إلى جهود، ووقت طويل، كما أنها تحتاج إلى الكثير من

التدقيق في المعلومات المعطاة. إن هذه المرحلة التي تنهض على جمع المعلومات. تحتاج إلى الاستعانة بجميع الموارد من إدارة ومعلمات وأطفال وأهال. وهذه المعلومات تتضمن:

1- فلسفة المدرسة حول طريقة التعلم.

2- المنهاج المقدم في المدرسة.

3- الأنشطة التربوية في المدرسة.

أنظمة المدرسة التربوية :

1- طرق توجيه السلوك- تحديد أنظمة - الحزم والثبات - التنظيم العلمي والإداري.

2- الواجبات المدرسية، الاهتمام بحلها ومتابعة تطبيقها وطرق معالجة قصورها، وتقدمها أو بعدها عن التقليدية (إن الواجبات المدرسية جزء مهم في الابتدائي لاشك).

3- طرق التقييم المتبعة، والطرق المستخدمة في مساعدة المقصرين.

أنظمة المدرسة الإدارية :

- طرق توظيف المعلمات الجدد، وهل يعملون مع المدرسين السابقين لفترة أم لا، وطرق التحفيز والترفيه؛ كل هذه أمور تدفعنا إلى التأكيد على أن المدرسة التي تراعي المعلمين الجدد، تدعم العملية التربوية، وتضمن بذلك تقدماً في أسلوب ومناهج عمل المعلمين وتفضي إلى تفهمه.
- هل تقدم دورات ومحاضرات للمعلمين؟
- نظام التسجيل للطفل، وطريقة دفع الرسوم، ومدى ملاءمتها للأسرة.

نقاط الترجيح وتثبيت النتائج :

هناك معلومات ثانوية يمكن أن تضاف - تدريجياً - إلى المعلومات السابقة، وقد

يكون الحصول عليها محدداً بصعوبة أو عدم إمكان الحصول عليها، لكن وجودها سيعطي دعماً للمعلومات السابقة.

- درجة مستوى المدرسة، حسب التقديرات العامة.
- معدل حضور الأطفال والمعلمين؛ فلو زاد معدل الغياب على 10٪ ، فعلى الأرجح أن هناك شيئاً خاطئاً.
- معدل المتخرجين والمسجلين، يوضح الاستمرارية في المدرسة، وبالتالي مستواها.
- هل تقدمت المدرسة بشيء من المجالات؛ لتحسين مستوى الطلبة والعاملين، (برامج، تنظيم أنشطة تربوية).
- مرافق المدرسة أثبتت أن مبنى المدرسة، لا يعني - أبداً - أن مستوى المدرسة جيد، غير أن التربويين يركزون على أهمية المرافق في المدرسة، مثل وجود ملعب جيد، التهوية، أمن الأدوات، الأرضية، ووجود مكتبة ريحة تحتوي على كتب جيدة يستخدمها الأطفال، وليس للمشاهدة.
- أن تكون دورات المياه جيدة، ومناسبة للأطفال.
- آراء المجتمع المحيط حول مستوى المدرسة.

الخطوة الثالثة : زيارة الروضة :

إن اختيار المدرسة أو الروضة قرار يجب التخطيط له بمدة كافية، ويجب أن يكون ذلك خلال السنة الدراسية، قبل نهاية العام. وبعد أن تجمع المعلومات، تتم زيارة المدرسة خلال الدوام اليومي، وأثناء وجود الأطفال؛ فتلاحظين الأطفال وتفاعلهم ، وطريقة عمل المعلمات؛ كل هذا يحتاج إلى وقت كاف للملاحظة، كما يمكن التعرف إلى أفكار المعلمين، أثناء الملاحظة، عن المدرسة وبرامجها، وقد تحتاجين أخذ موعد مسبق لزيارة المدرسة، لذا حاولي الحصول على إذن، للعودة دون موعد ؛ سيكون الجميع أكثر استعداداً وتفهماً، كما ستعينك الزيارة الثانية على تعزيز المعلومات أو نفيها.

ثانيا: دور المعلمة في تنمية استعداد الطفل للتعليم والتعلم :

تشكل المعلمة جزءاً مهماً من عالم الطفل لدى مباشرتها العمل مع الأطفال، وتضع حداً لاحتكار الوالدين له. وتعرف جميع الأمهات مدى تطابق أطفالهن مع معلماتهن، خصوصاً في المراحل المبكرة من حياتهم، فإذا قالت المعلمة شيئاً، فهو صحيح بالنسبة للطفل، ويمثل الحقيقة المطلقة، هذا إذا كان معنياً بما تقول معلمته.

ولقد بينت عدة دراسات، أن سلوك المعلمة يؤثر على نحو قوي وفعال في الجو الاجتماعي والانفعالي للصف، كما يؤثر على العلاقات القائمة بين الأطفال، ويؤثر في سلوكها أيضاً على السلوك الفردي للطفل، وعلى اتجاهاته الأخلاقية ومستوى أدائه العقلي، ولا يقتصر تأثير المعلمة في المدرسة الابتدائية على الطفل الذي توجه انتباهها نحوه فقط، بل تؤثر أيضاً على الأطفال الذين يلاحظون سلوكها هذا، فإذا تنازلت المعلمة عن شئ من سلطتها وقوتها، وكان تقبلها للتلاميذ متسعاً ومنتشراً، بحيث لا يقتصر على القلة "الأحبة"، فستكون قادرة على زيادة التفاعل الاجتماعي والفكري بين تلاميذها، وعلى تخفيض الصراع والقلق عندهم. فالسلوك الديمقراطي يستثير عادات العمل المستغل، والتفكير المستقل، ومعنى المسئولية الأخلاقية.

ولا مبالغة في القول، بأن سعادة الأطفال في المدرسة، وتأثرهم بما يتعلمونه فيها، يتوقفان إلى حد بعيد على المعلمة . وسأل "مور" في الدراسة الأنفة الذكر الأطفال الذين بلغوا الثانية عشرة، عن الكيفية التي عوملوا بها من قبل المعلمات، في مدارسهم السابقة، فتبين أنهم يقدرون في المعلمة، المساعدة، والشرح الواضح، والحزم في حفظ النظام، والعدل والمرح، والسلوك المتسم بالعطف والود، والسلوك الاجتماعي الحسن في الصف، كما بين هؤلاء الأطفال امتعاضهم واستياءهم من أي شئ يروه غير عادل، كالصراخ ، والتعنيف، والتذمر، والتعليمات الغامضة، والتعليم الممل، والعقاب الجسمي، كما أبدى هؤلاء استياء شديداً من الإهانات الفردية الموجهة للأطفال.

وتتنوع شخصيات المعلمات في أية مدرسة كانت، وهناك معلمات معنيات يناسبن أطفالاً معنيين، بيد أنه لا مفر من وجود الصدفة في هذه المسألة، ويبدو

عموماً أنه من المناسب للطفل، في حوالي السابعة وما بعد، أن يتكيف مع معلمات يتميزن بشخصيات متنوعة، بيد أنه تنشأ أحياناً حالات، يقوم فيها تنافر حقيقي بين المعلمة والطفل، فإذا ألح أحد الأطفال في الشكوى من معاملة ظالمة يتلقاها من معلمته. فيجب عدم تجاهل ذلك، على الرغم من أن ما يراه ظلماً، قد يكون غير ذلك في حال الإطلاع على كافة الحقائق المتعلقة بشكواه، ويسبب العمل المدرسي الكثير من القلق إلى السلوك غير المنطقي، وإذا وصل الأمر إلى هذه المرحلة، فقد يزيل التشاور بين الوالدين والمعلمة سوء الفهم، كما يجعل المعلمة قادرة على تغيير أسلوب تعاملها مع الطفل، وأنه لأمر هام في مثل هذه الحالة، أن يبين الوالدان للمعلمة إيمانهما بصعوبة عملها، وإدراكهما لوجود العديد من الأطفال إلى جانب طفلهما، يحتاجون إلى اهتمامها ورعايتها. ومن المفيد أن تعرف المعلمة هنا، أن كلا من رأيها ورأي الطفل أمر مرغوب فيه ومطلوب.

وتقوم المعلمات بتقديم عون كبير إلى الأطفال الذين يواجهون مشكلات مدرسية، ويمكن اعتبارها من هذه الزاوية "معالجاً سلوكياً". ولنأخذ مثالاً على هذا العون، حالة طفلة عمرها ثلاث سنوات، يتسم سلوكها بالتوجه المفرط نحو الراشدين في المدرسة، بحيث يصف أحد علماء النفس هذا الوضع كما يلي : تقوم هذه الطفلة بمطاردة المعلمات، وتتعقبهن باستمرار، ويقتصر كلامها عليهن تقريباً، ولا تساهم إلا في النشاطات التي تقوم المعلمات بتوجيهها ومراقبتها عن كثب، ويزداد هذا النمط من السلوك، رسوخاً مع مرور الأيام، عند هذه الطفلة. وتشير الملاحظة، إلى أن هذه البنت، تصرف مبلغاً 3٪ فقط، من مدة الدورة المدرسية قبل الرسمية في التفاعل مع الأطفال الآخرين، بينما تصرف بالمقابل، 20٪ من وقتها في التفاعل مع المعلمات، ولكي يبدأ في هذه المرحلة تعزيز التفاعل الاجتماعي للطفلة مع الأطفال الآخرين، ويبدأ في الوقت ذاته، استئصال تفاعلها الموجه نحو الراشدين، تلجأ المعلمات إلى عدم الإصغاء إليها إلا في حالة لعبها مع الأطفال، وينصرفن عنها غالباً، معتذرات وعلى نحو ودي، إذا حاولت التفاعل معهن، وبذلك يتوقفن عن تعزيز السلوك المتجه نحو الراشدين عند هذه الطفلة.

وتلجأ المعلمات إلى استخدام تكنيك آخر، يساعد في مثل هذه الحالة، يدعى "بالتلقيم"، فلكي تستثير المعلمة بعض التفاعلات الاجتماعية مع الأطفال الآخرين، والتي قد تتعز فيما بعد تلقائياً، تقوم المعلمة بتحريض أحد الأطفال على الاقتراب من البنت التي يتوجه سلوكها نحو الراشدين، وبيده دمية جميلة أو أية لعبة أخرى، فإذا حصل تفاعل بين الطفلين، تقترب منهما احدى المعلمات التي كانت تراقبهما عن بعد فوراً، وتبدي إعجابها بسلوكهما معاً فيتعز بذلك سلوك الطفلة المتجه نحو الطفل الآخر، وأن عملية الربط بين تعزيز تفاعلاتها الاجتماعية مع الأطفال، واطفائها مع الراشدين، تؤدي في اليوم السابع من ابتدائها، إلى انخفاض ملحوظ في السلوك الموجه نحو الراشدين، كما يزداد على نحو مفاجئ سلوك الطفلة المتجه نحو الأطفال، من حيث المرات التي يتكرر فيها هذا السلوك، والزمن الذي تستغرقه كل مرة.

ثالثاً : مشكلات صعوبات التعلم :

يؤكد (جميل الصمادى 1997) على أن التحصيل الأكاديمي للطلبة في أي مجتمع يعتبر مؤشر على مدى تقدم المجتمع وريه إذ يعطي المجتمع أهمية قصوى للتحصيل وتتنافس المجتمعات فيما بينها في كفاية التحصيل الأكاديمي في تحقيق الأهداف المدرسية، ومن هنا يجب أن نقدر حجم الإحباط والمعاناة التي يمر بها الوالدان في حالة فئة صعوبات التعلم، ولذلك فإن صعوبات التعلم تعتبر مشكلة نفسية تتكيف بجانب كونها مشكلة تربوية تؤثر على الطفل الذي يعاني من هذه المشكلة، كما تؤثر على والديه وأسرته على حد سواء.

(جميل الصمادى، 1997 : 1069)

ولذلك فإن الاهتمام بالأطفال ذوى صعوبات التعلم يعد أمراً مهماً وذلك لما يترتب عليها من وجود العديد من المشكلات المدرسية والنفسية والسلوكية، كما أن عدم علاج هذه الصعوبات يؤدي إلى التسرب وزيادة نسبة الأمية والتخلف الدراسي، الأمر الذي يؤدي إلى إهدار الطاقات والقدرات التي توجه من أجل عملية التعلم.

(فيصل الزراد، 1991 : 121)

فعدم قدرة هؤلاء الأطفال على تحقيق مستوى التحصيل والتعلم في اللغة بشكل يتناسب مع ذكائهم رغم سلامتهم الحسية والبدنية وجعل العديد من الباحثين يطلقون على هذه الفئة بأنهم ذوي مشكلات محيرة أو أطفال ذوي إعاقات خفية.

(فاروق الروسان، 1987: 261)

وكما يذكر (السيد عبد الحميد سليمان 2003) أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يبصرون كما نبصر ولكنهم لا يرون أنهم ليسوا عميان وإنما مشكلتهم ترجع إلى وجود خلل في الإدراك البصري وفقاً لأدائهم على اختبارات الإدراك البصري وكذلك لأن أداء هؤلاء الطلاب يتسم بالبطء في الاستجابة للمثيرات البصرية، كما أنهم يستغرقون وقتاً أكبر في التعرف على الكلمات الشائعة إذا ما تم عرضها بصرياً مقارنة بأقرانهم العاديين.

(السيد عبد الحميد، 2003 : 18)

ونجد في حياتنا أن هناك مجموعة من الأفراد البارزين الذين كانوا يعانون من صعوبات التعلم والتأخر في جوانب مختلفة من التعلم مثل القراءة ومشكلات في الكتابة مثل: توماس أديسون - ليونارد دافنشي - ألبرت أينشتين .. ومازال السؤال قائم حول طبيعة صعوبات التعلم لديهم، ومشكلة صعوبات التعلم لدى هؤلاء الأفراد تعتمد على عوامل كثيرة تشير إلى قدرتهم على التعامل مع صعوبات التعلم لديهم من خلال المساندة التي يحصلون عليها من أسرهم، وهذه الأمثلة لهؤلاء الأفراد الناجحين تعتبر مصدر طموح لهؤلاء الأفراد ذوي صعوبات التعلم. .(Abrham Ariel, 1992 : P3)

والأمل مازال موجود في تحديد واكتشاف هذه الصعوبات والتعرف عليها إذا كان هناك تعاون فعال بين البيت والمدرسة في اكتشافها والتصدي لها، وعندها سيعون هذا التعاون بالفائدة على الجميع ويؤدي إلى زيادة ثقة الطفل بنفسه، فقد ثبت أن هناك العديد من أصحاب هذه الصعوبات قد أكملوا تعليمهم العالي وتأهيلهم المهني بنجاح ملحوظ.

(عبد الرحيم عدس، 1998 : 36)

ووفقاً لـ (Lerner, 1985) فإن نسب انتشـار صعوبات التعلـم يتوقـف على عوامل متعددة، ولهذا السبب فإن الأرقام الموثوق بها يصعب الحصول عليها، ويمكن فقط أن نسوق تعميمات على أعـداد التلاميـذ الذيـن تم تمييزهم وتحديدهـم بدقـة، ويتوقف عدد التلاميذ على الطرق المستخدمة في التحديد والتصنيف. ونتيجة لذلـك فإن عدد التلاميذ الذين صنفوا باعتبارهم عاجزين عن التعلم اختلف مـن ولايـة إلى أخرى.

(جابر عبد الحميد، 2001 : 248)

وقـد أوضـح تقريـر التعليـم الصـادر في الولايـات المتحـدة 1987 أن ذوي صعوبات التعلم يمثلون حوالي 4.78٪ مـن مجمـوع الطـلاب في الأعمـار مـن 5: 17 عاماً.

(Abrham Ariel, 1993 : P7)

وفي أحدث إحصاء لمعدلات انتشار صعوبات التعلم اتفق التقرير الصادر عـن إدارة التعليم سنة 1987 بالولايات المتحدة مع تقرير الجمعية العامة لذوي صعوبات التعلم علـى تحديد نسبة ذوي صعوبات التعلم بين مجموع طلاب المدارس من 5 : 10 ٪.

(فاتن صادق ، 2003 : 52)

ويشير مكتب الإحصاء الـتربوي العـام بالولايـات المتحـدة عـام 1985 إلى أن 26٪ من الأحداث الجانحين هم تلاميذ ذوي صعوبـات تعلـم، وأن أعـداد التلاميـذ ذوي صعوبات التعلم يتزايد تدريجياً بصورة مطردة.

(أنور رياض – حصة فخرو – ، 1992 : 57)

وفي دراسة لـ (بير Bear 1991) ضمت ثلاثة آلاف طفـل مـن أطفـال الصـف الثاني في مائة وعشرون من فصول الدراسية اختيرت عشـوائياً مـن ثمـاني ولايـات أمريكية وجدت أن 15٪ من هؤلاء الأطفال يمكن تصنيفهم كأطفال ذوي صعوبـات تعلم، وكما هو ملاحظ فإن نسبة انتشار صعوبات التعلم قد تزايدت بشكل مثـير في المدارس الأمريكيـة .. ففـي السـنة الدراسـية 83/ 84 صنـف نحـو مليونـي طفـل في

الولايات المتحدة كأطفال ذوي صعوبات تعليمية، ولقد مثل هذا الرقم 4.57٪ من مجتمع الدارس خلال تلك السنة.

وفي عام 86/ 87 أوضحت السلطات الاتحادية الأمريكية أن 4.8٪ من التلاميذ المسجلين في تلك السنة يعانون من صعوبات تعليمية أي بزيادة قدرها 0.23 ٪ عما كانت عليه في عام 83/ 84، ويؤكد جيريز وزملاؤه 1989 أن نسبة الطلاب ذوي صعوبات التعلم قد ارتفعت من 1977 إلى 1989 من 1.79 ٪ إلى 4.8٪.

(محمد عادل حجاجى، 2003 : 5)

وفي دراسة لـ (مايكل بصت) توصل إلى أن 7 : 8 ٪ من أطفال المدارس الابتدائية هم من ذوي صعوبات التعلم، وقد تبين أن نسبة ذوي صعوبات التعلم داخل المدارس الابتدائية أعلى من نسبة الإعاقات الأخرى، حيث أن نسبة الإعاقة العقلية 2.3٪ ، ولقد قدرت الجمعية الوطنية الاستشارية للأطفال المعاقين بالولايات المتحدة نسبة صعوبات التعلم ممن هم في عمر المدارس الابتدائية بحوالي 1: 3٪. وهناك خبراء آخرون قدروا نسبة الصعوبات بين طلاب المدارس بين 2 : 20 ٪.

(في على الديب ، 1990 : 50)

وتفيد دراسة (أحمد عواد 1988) أن نسبة من يعانون من صعوبات التعلم في اللغة العربية بين عينة قوامها 245 طفلاً من أطفال الصف الخامس هي 46٪، ونسبة الذين يعانون من مشكلات في الفهم بين أفراد العينة 65.63٪.

(أحمد عواد ، 1988 : 150)

بينما في دراسة (مصطفى كامل 1988) والتي أجريت على البيئة المصرية أوضحت النتائج أن نسبة ذوي صعوبات التعلم في القراءة 26٪، وفي الكتابة 28.6٪، وذلك بالنسبة لعينة قوامها 419 تلميذاً من الصف الرابع.

(مصطفى كامل، 1988 : 250)

وأوضحت دراسة (عبد الناصر أنيس 1993) أن معدلات انتشار صعوبات التعلم في القراءة 16.5 ٪ والكتابة 18.8٪ والحساب 13.5 ٪ في عينة من تلاميذ الصف

الرابع الابتدائي، بينما أشار (عبد الرقيب البحيرى 1995) أن معدل انتشار عسر القــراءة لدى تلاميذ الصف الثالث والرابع الابتدائي بلغ 4٪ في دراسة عبد القادر فراج.

(فاتن صلاح، 2003 : 52)

وأشار (البيلى وآخرون 1991) أن 14٪ من تلاميذ الصف السادس الابتدائـي يواجهون صعوبات التعلم في اللغة العربية والرياضيات أو كليهما معاً.

(مصطفى أبو المجد ، 1998 : 7)

وفي دراسة لـ (محمود عوض الله 1994) بلغت نسبة انتشــار صعوبـات التعلـم 22.5٪.

(محمود عوض الله ، 1994 : 228)

وفي دراسة (فتحى الزيات 1989) على عينة سعودية من تلاميذ المرحلة الابتدائيـة قوامها 200 تلميذاً وتلميذة بلغت النسبة 20.6٪ بالنسبة لصعوبات القراءة والتهجي.

(فتحى الزيات ، 1989 : 445)

وفي دراسة لـ (فيصل الزراد 1991) في الإمارات بلغت نسبة صعوبات التعلـم 13.4٪ في المدارس الابتدائية، وذلك على عينة قوامها 500 تلميذاً وتلميذة.

(فيصل الزراد ، 1991 : 121 - 177)

وفي قطر في دراسة لـ (أنـور ريـاض وحصـة فخـرو) بلغـت نسـبة صعوبـات التعلم بين عينة مـــن تلاميـذ المرحلـة الابتدائيـة 40 ٪ في اضطرابـات القـراءة، 39٪ اضطراب الدافعية والإنجاز ، بينما بلغت نسبة اضطرابـات الانتبـاه والذاكـرة 31٪ ، والصعوبات الانفعالية العامة 6٪.

(أنور رياض وحصة فخرو ، 1992 : 73 - 153)

وفي دراسة لـ (تيسير الكوافحة 1990) بالأردن أوضح أن نسبة الانتشار 8.1٪ بين تلاميذ المرحلة الابتدائية.

(فاتن صلاح ، 2003 : 53)

وعلى الرغم من تفاوت الإحصاءات والنسب التي استعرضناها من خلال الدراسات المختلفة واختلافها وفقاً لحجم العينة أو مجتمع الدراسة، وعلى الرغم من عدم وجود إحصاءات رسمية توضح نسبة انتشار صعوبات التعلم داخل مصر فإن نتائج هذه الدراسات والنسب المستخرجة منها تعتبر مؤشراً لانتشار ظاهرة صعوبات التعلم داخل مصر والدول العربية والتي تؤكد على الحاجة إلى مزيد من البحث والدراسة في هذا المجال والتعريف المحدد والدقيق لهذه الفئة وذوي صعوبات التعلم وذلك لإمكانية دراستها دون تداخلها مع بعض الفئات الأخرى مثل التأخر العقلي - التأخر الدراسي - بطء التعلم.

ومشكلة صعوبات التعلم لا تتمثل في انخفاض المستوى التحصيلي للطلاب فقط، ولكن قد يترتب عليها مشكلات نفسية وسلوكية يعاني منها هؤلاء الطلاب ذوي صعوبات التعلم كنتيجة لهذه الصعوبات، ونجد في مدارسنا نماذج كثيرة لهذه المشكلات تتمثل في العدوان والسرقة والكذب.

وفي دراسة لـــ (أنور الشرقاوي 1983) في قطر أظهرت أن أكثر العوامل المرتبطة بصعوبات التعلم هي علاقة المدرس بالتلميذ ونسبتها تمثل 81٪ والظروف الأسرية 78.88٪ ، والمنهج الدراسي كان يمثل 74.5٪ ، والإحساس بالعجز وعدم الثقة 69.3 ٪.

(أنور الشرقاوي ، 2000 : 124 - 132)

ويشير عثمان فراج إلى التأخر العقلي وصعوبات التعلم بقوله :

ميز الخالق سبحانه وتعالى، الإنسان من غيره من المخلوقات، بالقدرة الفائقة على التعلم. وترتبط تلك القدرة بعوامل ومتغيرات متعددة، منها الذكاء الذي إذا انخفض مستواه عن 70 درجة، كان الطفل يعاني من تخلف عقلي، وإذا تراوح ما بين 70، 85 درجة، يعاني الطفل من بطء في التعلم. أما إذا كان ذكاؤه عادية ولكنه قد يواجه مشكلات صحية، أو إذا كان يعاني من عوامل اقتصادية واجتماعية في الأسرة، أو كان القصور في العملية التعليمية نفسها من حيث المنهج أو إعداد المدرس أو الإدارة المدرسية؛ فإنه يعاني مما يعرف بالتأخر الدراسي.

ويعرف ذوي إعاقات التعلم بأنهم:

فئة تختلف تماماً عن الفئات الثلاث: التخلف العقلي، وبطء التعلم، والتأخر الدراسي. لأنها تضم أطفالاً يتمتعون بذكاء عادي أو ربما عال، ومع هذا يعانون من مشكلات تعليمية تجعلهم يعانون في التحصيل المدرسي والتقدم في السلم التعليمي، ويمكن ان نصف أطفال إعاقات التعلم بأنهم : أطفال لديهم قصور أو اضطراب او خلل في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية في عملية التعلم والمرتبطة بفهم واستيعاب واستخدام الرموز اللغوية المكتوبة أو المقروءة ، والتي تحد من قدراتهم على التركيز والإنصات، والتذكر والتفكير والاستيعاب المعرفي، والتعبير والتهجي، أو معالجة العملية الحسابية والمعادلات الرياضية. (عثمان فراج، 1999).

أعراض ومظاهر إعاقات التعلم :

ومن الأعراض التي يمكن اعتبارها مؤشرات مصاحبة لبعض الصور المختلفة لإعاقات التعلم.

أولاً: النشاط الحركي الزائد، والقصور في القدرة على التركيز والانتباه Attention Deficit – Hyper Activity (ADHA) ، والذي يصاحبه – غالباً – نزق واندفاع وفوضى، وعدم الاستقرار أو التنظيم، وسرعة الاستثارة ونفاد الصبر، وصعوبة تنفيذ التعليمات وتشتت الأفكار، وتقلبه من عمل لم يستكمله لعمل آخر مختلف، مع اضطراب أو عدم تناسب انفعالاته مع مثيراتها.

ثانياً: ويشير عثمان فراج إلى صورة ثانية مختلفة من صور إعاقات التعلم، وهي حالات القصور في القدرة على القراءة أو تعثر أو تعطل فيها، وتعرف باسم الدسلكسيا Dyslexia ؛ وهي عبارة عن اضطراب في ميكانيزم القراءة يترتب عليه أحداث أخطاء شاذة في القراءة، وفي نقل الكلمات المكتوبة من سبورة أو كتاب، والخلط بين الحروف المتشابهة، مثل "ق – ف و"ك – ل" و "د – ذ" ؛ وبين "ر – و" ، وبين "س ، ش" أو بين "س، ص"؛ أو في اللغة الإنجليزية بين "d – b" أو بين "g – q" "p –" أو بين "n – u" ؛ أو يخطئ نطق كلمة حسب ترتيب حروفها، فيقرأ كلمة "

God بدلاً من Dog " ، أو "سعد بدلاً من عدس" ، أو كلمة " Spil بدلاً من Lips " أو يخطئ في ترتيب أرقام عدد في الحساب، فيقرأ أو يكتب "518 بدلاً من 815" أو "46 بدلاً من 64". كما قد يخطئ في ترتيب أشهر السنة بالتسلسل الصحيح، أو في أيام الأسبوع. ويخلط بين اليمين واليسار أو بين فوق وتحت أو يخطئ في التمييز بين جرس التليفون وجرس الباب ؛ حيث يفشل في التمييز بين الصوتين.

ثالثاً: إعاقة التعلم في صورة فقدان كلي وجزئي لاستخدام اللغة ووظائف الكلام أو التخاطب. ولفظ لغة هنا لا يعني فقط التعبير أو الاتصال الفكري باللفظ والكتابة والحركة؛ بل أيضاً يتضمن تلقي (استقبال) أو تفسير ما يصدر عن الآخرين من حديث وكذلك إبداع (تخزين في الذاكرة) ؛ أو استعادة معاني وصور الرموز اللغوية التي يتضمنها ؛ وقد يمتد القصور ليشمل الجانب الإدراكي والمعرفي والبصيرة والقدرة على التمييز. وتُعرف هذه الصورة من صور إعاقات التعلم باسم الأفيزيا أو "عنة الكلام" (Aphasia) ويوجد منها أنواع مختلفة ؛ منها ما هو لفظي (Verbal) ويتمثل في العجز عن تركيب أو صياغة الألفاظ ؛ ومنها ما هو مدلولي (Semantic) أي عجز إدراكي لكامل دلالة اللفظ ؛ أو أسمي (nominal) أي الاستعمال الخاطئ للألفاظ أو صعوبة في العثور أو استدعاء اللفظ الصحيح أثناء الكلام أو ضعف القدرة على التذكر وإدراك المعنى. وهناك النوع التراكيبي (Syntactical)، أي فشل الطفل في ترتيب الكلمات المكونة للجملة في عبارة أو جملة مفيدة صحيحة.

كان هذا عرضاً لثلاث من صور إعاقات التعلم بأعراضها المختلفة. ولكن يجب أن نؤكد أنه ليس من الضروري أن تظهر كل هذه الأعراض في شخص واحد. فقد يعاني طفل من بعضها، ويعاني طفل آخر من مجموعة مختلفة من الأعراض في صورة أخرى من صور الدسلكسيا أو الأفيزيا، وقد يعاني طفل من نشاط حركي زائد وقصور القدرة على التركيز (ADHA) فقط، أو يجمع بينها وحالة دسلكسيا في الوقت نفسه ... وهكذا.

كما نحب أن نؤكد ثانياً ، أنه لا علاقة لأي صورة أو أكثر من أنواع إعاقات

التعلم بذكاء الطفل، ولا بأي خلل في التوصيل النصي بين المخ وعضلات الكلام، ولا بأعضاء مخارج الألفاظ كاللسان أو الشفتين أو سقف الحلق أو الحنجرة وغيرها من أعضاء الكلام التي تكون سليمة، كما أنها لا علاقة لها بقصور في حاسة السمع أو الإبصار أو الاضطراب الانفعالي، وهي ليست مرضاً من أمراض التأخر الدراسي، وهذه جميعاً جوانب لابد من استبعادها تماماً أثناء تشخيص حالات إعاقات التعلم.

أما عن العوامل المسببة، فقد كان المعتقد حتى أوائل الستينيات، أنها ناتجة عن تلف في أنسجة قشرة المخ (Cortex) ، وخاصة في النصف الكروي الأيسر المسؤول عن التعلم والذاكرة والتفكير وتفسير الرموز اللغوية، ولكن بعد بحوث مستفيضة، استبعد هذا التفسير لسببين : أولهما : أن أي تلف في خلايا أنسجة المخ هذه يؤدي إلى تخلف عقلي، أي قصور في الذكاء .. وقد علمنا أن الأطفال المصابين بإعاقات التعلم على ذكاء عادي، بل وربما عال، ولا يعانون من أي قصور في الذكاء. وثانيهما أنه إذا كان السبب تلف في خلايا أنسجة المخ فلا أمل في الشفاء، بينما الواقع أنه قد تم شفاء العديد من حالات إعاقة التعلم، ومما يؤكد تلك الحقيقة أن هناك العديد من قادة وعباقرة التاريخ قد شفوا من إعاقة التعلم التي كانوا يعانون منها في طفولتهم، ومنهم العالم أينشتاين، والمبدع أديسون، والطبيب لويس باستير، والرئيس الأمريكي جون كيندى والبريطاني تشرشل ؛ وعظماء التأليف الموسيقي مثل بتهوفن، والمبدع والت ديزني وغيرهم.

ومازالت البحوث المستفيضة ، من منتصف الستينيات، تجري ميدانياً لمعرفة العوامل المسببة الحقيقية. ونعرض من نتائجها عاملين فقط أهمها الخلل الوظيفي الذي يحدث في منطقة الأذن الداخلية والعصب الدهليزي الموصل بينها والمخيخ. ويعرف باسم Cerebellar Vestibular ؛ وهي نتيجة عوامل منها ما يحدث أثناء فترة الحمل من إصابة بأحد الحميات (الحصبة الألماني) أو بالالتهاب السحائي للأم أو استخدامها بعض العقاقير الطبية أو الإكثار من التدخين أو تناول الكحوليات أو التعرض للإشعاع الذري. وقد يحدث بعد الولادة ؛ حيث يتعرض الطفل في

السنوات المبكرة من عمره إلى التلوث البيئي بالرصاص أو الزئبق أو لجو مليء بدخان السجاير.

أما العامل الثاني المسبب، فهو خلل في التوازن الكيميائي الهرموني في مخ الطفل المصاب، يتمثل في نقص أو زيادة في إفراز الناقلات العصبية Neuro-transmitters وخاصة نوع منها يعرف باسم Pine-phren مما يضعف قدرة الطفل على التركيز والإدراك الحسي اللغوي وزيادة النشاط الحركي، وبالتالي قصور بالقدرة على الاستيعاب والتعلم.

ومما يؤكد نتائج هذه البحوث أنه أمكن في الحالتين السابقتين، شفاء الطفل المصاب أو تخفيف حدة الإعاقة بدرجة كبيرة باستخدام عقاقير طبية خاصة في كل من الحالتين.

كان هذا عرضاً موجزاً في أضيق الحدود لموضوع متشعب الجوانب، يشغل العديد من الدوائر العلمية النفسية والطبية والتربوية، وخاصة في العقدين الماضيين، وهو إعاقات التعلم. ولا يزال البحث جارياً لكشف الغموض الذي كان يكتنف جوانبها المختلفة، مما جعل العلماء يطلقون عليها اسم الإعاقة الخفية Invisible Disability.

(عثمان فراج، مرجع سابق).

أ- أسباب ظهور صعوبات التعلم وعلاجها :

يشير نبيل حافظ إلى أن أسباب صعوبات التعلم تتمثل فيما يلي :-

أ- فيما يتعلق بعلاج صعوبات التذكر: تنقسم عملية التذكر إلى ثلاثة مراحل مثل كل منها أحد أنواع الذاكرة:

1- التسجيل الحاسي: Sensory register حيث يتلقى التلميذ الخبرات من خلال الحواس ويضفي عليها الدلالة أو المعنى فتتحول إلى مدركات حسية تشكل ركيزة لتكوين المفاهيم ومثل هذه الخبرات الحسية تندثر بفعل عدم الانتباه وعدم الاهتمام.

ولعلاج ذلك يقوم المعلم بجذب انتباه التلميذ إليها ويشغل عقله بها.

2-الذاكرة قصيرة المدى أو الذاكرة العاملة: Short-term or Working memory وهي ذاكرة المعلومات التي يعيها التلميذ وهي تندثر بفعل حلول معلومات جديدة دون تخزين المعلومات القديمة جيداً أو التداخل بين المعلومات.

ولعلاج ذلك يمكن تباع الخطوات التالية:

- الممارسة والتدريب والتكرار فآفة العلم تركه.
- تقسيم المعلومات إلى أجزاء ليسهل استيعابها.
- تنظيم المعلومات في أصناف مترابطة متكاملة.
- تلقي المعلومات بصورة تجعل لها دلالة ومعنى.

3- الذاكرة طويلة المدى واستعادة المعلومات: Long-term memory and retrieval وهي تنقسم إلى نوعين من الذاكرة :

أ- ذاكرة الصور: Episodic memory وتتعلق باختزان صور الأحداث في حياة الفرد.

ب- ذاكرة المعاني: Semantic memory وتتعلق باختزان ألفاظ اللغة والمعاني والمفاهيم والأفكار. والمعلومات التي ترد إليها من الذاكرة قصيرة المدى.

وتحدث الصعوبة نتيجة تقادم العهد بالمعلومة أو عدم اكتسابها واستيعابها بالأسلوب السليم.

ولعلاج ذلك :

- استخدام صيغ منظمة للمعلومات: كأن نتحدث في جغرافية بلد ما عن المناخ/ المحاصيل ..
- الاستعانة بالمعلومات السابقة : في تعلم المعلومات الجديدة وهو ما يعرف بمبدأ انتقال أثر التدريب أو التعلم Transfere of Learning .

- استخدام الأشكال البيانية : لتصور المعلومات وعرضها في شكل مفهوم موجز.
- استخدام المصطلحات الأساسية : Key word التي تعبر عن المفاهيم مثل الجمعية العامة / مجلس الأمن بالنسبة للأمم المتحدة. (ليرنر : 1997) .

ب- **فيما يتعلق بالبنية المعرفية:** ويقصد بها الحصيلة اللغوية والمعرفية من الألفاظ والمفاهيم والترابطات القائمة بينها والتمايزات الفارقة لكل منها وهي تشكل ركيزة للتعلم والاستراتيجيات أو الأساليب الخاصة بتجهيز المعلومات واستخدامها في الدراسة والحياة وفي هذا يقول "أوزوبل " Ausobel : إن العامل الوحيد الأكثر أهمية وتأثيرا في التعلم هو ما يعرفه المتعلم بالفعل. (الزيات : 1998).

وبديهي أن تكوين البنية المعرفية للتلميذ رهن بكفاءة عمليتي التذكر والتعلم.

جـ- **فيما يتعلق باستخدام أساليب تعلم ملائمة:** وضعت نظريات التعلم المعرفي عدة مبادئ تتمثل في الآتي:

1- جعل عملية التعلم عملية بناءة : Constructive يقوم فيها التلميذ بدور واع وإيجابي.

2- أن تربط عملية تعلم المعلومات الجديدة بالمعلومات السابقة : وهذا يتطلب التهيئة الذهنية للتلميذ وقيامه بالقراءة السابقة حول موضوع الدراسة واللجوء إلى الأسئلة التي تحث على التذكر والتيقظ.

3- تتطلب عملية التعلم أن يتم التدريس بمستوى مناسب وفي ظل بيئة اجتماعية موجهة: حيث يقوم المعلم بدور المساند للتلميذ أثناء تعلمه مقدماً المعلومات موجهاً مرشداً مصححاً مقوماً.

وثمة نظرية للعالم الروسي "فيجوتسكى" Vygotsky (1962) تدور حول ما أطلق عليه منطقة النمو المقبل أو الوشيك Zone of Proximal Development وخلاصتها أن الطفل حين يكون بصدد مهمة تقليدية (فهم نظرية/ حل مسألة) يجد نفسه إزاء ثلاث مستويات للتعلم :

- المستوى الأدنى: حيث يكون في وسعه القيام بالمهمة بنجاح وسهولة وسرعة.
- المستوى الأعلى: حيث يصعب عليه القيام بالمهمة.
- المستوى الأوسط: حيث يضطلع المعلم بدوره في مساعدة التلميذ على القيام بالمهمة فيقترب به من المستوى الأول.

4- يتعين أن يخضع التعلم لاستراتيجية محددة : وهذا هو الفارق بين التلميذ صاحب الصعوبة الذي يتعلم بعشوائية والتلميذ العادي الذي يستخدم أسلوباً منظماً في التعلم.

5- يتطلب التعلم السلاسة Automaticity في بعض المهارات : ويتطلب هذا الاكتساب الجيد للمعلومات مما يحقق الطلاقة في استخدام واستعادة الألفاظ والمفاهيم والأرقام والأشكال والقوانين والنظريات وتطبيقاتها.

6- يتطلب التعلم الدافعية النشطة الموجهة : وهذا هو الفارق بين الطفل الذي يعاني من صعوبة التعلم فيحس بالإجهاد والصدود والفتور إزاء عملية التعلم والطفل العادي الذي يقبل عليها بذهن مفتوح ورغبة في الاكتساب ودافع للإنجاز.

د- فيما يتعلق باستخدام استراتيجيات تعلم معرفي مناسبة: وتشمل ثلاث استراتيجيات هي :

1- ما وراء المعرفة Metacognition : ويقصد به وعي التلميذ بتفكيره المنظم أثناء عملية التعلم مما ييسر قيامه بها؛ ويعد هذا ضرباً من الضبط أو التحكم التنفيذي فيها Executive control وبعبارة أخرى يتعلم كيف يتعلم ويشمل هذا عدة عمليات فرعية :

التصنيف: Classification من حيث نمط أو نوع المهمة التي سيقوم بها.

التحقق: Checking حيث يحدد مدى التقدم في مهمته والعثرات التي يمكن أن تعترضه وهل الطرق التي يتبعها ستمكنه من التغلب عليها أم لا؟

التقويم: Evaluation حيث يقوم التلميذ جهده: هل هو منجز أم لا ؟

التنبؤ : Prediction وهـو نشـاط يتعلـق بالمعلومـات الـتي سـتمكن مـن حـل المشكلة أو إنجاز المهمة.

ويديهي أن صاحب صعوبة التعلم لا يتمكن من إنجاز المهام السابقة .

2- استراتيجيات التعلم: وتستند إلى عشر خطوات تشمل :

- التساؤل الذاتي Self questioning : وهو بمثابة لغة داخلية تسـاعد في تنظيـم المعلومة والسلوك.

- المراجعة والتسـميع اللفظـي Verbal rehearsal review بـالنطق أو الهمـس أو الصمت.

- التنظيم : Organisation الذي يساعد على استدعاء وتذكر المعلومات.

- استخدام المعلومة السابقة : Using Prior Knowledge في إكتسـاب معلومـة جديدة.

- الاستعانة باستراتيجيات التذكر Memory Strategies في استعادة المعلومـات المطلوبة.

- التنبؤ والتوجه Predicting and monitering حيـث يتطلـع التلاميـذ إلى مـا سيتعلمونه.

- استخدام تنظيمـات متقدمـة : Advance orgnizers للفـهم والتذكـر وحـل المشكلات.

- تعديل السلوك المعرفي: Cognitive Behavior modification ويتضمن فنيات التوجه الذاتي Self-monitering والتعلم الذاتـي Self-instruction والتقويـم الذاتي Self-evaluation حيث يقدم المعلم نموذج السـلوك ويشـرحه ويقلـده التلاميذ جهراً وفيما بين أنفسهم.

- التوجيه الذاتي: حيث يتعلم التلاميذ كيفية معرفة الأخطاء والتخلص منها.

3- الأساليب المعرفية: ويقصد بها أسـاليب التعـامل مـع مواقـف التعلـم وحـل المشكلة وتشمل ما يلي:

1- **الأسلوب التأملي Reflective في مقابل الأسلوب الاندفاعي Impulsive** : ومن الواضح أن الأسلوب الأول يتسم بالتأني والتروي ونجده لدى التلاميذ العاديين؛ بينما الأسلوب الثاني يتسم بسرعة الاستجابة مما يوقع في الزلل ويتسم به أصحاب صعوبات التعلم. ويتمثل العلاج في تدريب التلاميذ على التفكير المتدرج في خطوات بعد وضع تصور مسبق للحل في ضوء المعلومات السابقة المتاحة.

2- **الأسلوب الإيجابي Active في مقابل الأسلوب السلبي Passive** : وواضح أن الأسلوب الأول يتسم به الطلبة العاديون حيث النشاط والفاعلية بينما الأسلوب الثاني يتسم به أصحاب صعوبات التعلم. ويتمثل العلاج في تنشيط الدافعية للتعليم بالحوافز المادية والمعنوية.

السياق الاجتماعي لاستراتيجيات التعليم العلاجي (من المنظور المعرفي) :

ثمة تصورات نظرية ثلاثة للسياق الاجتماعي للتعلم العلاجي هي :

1- **تصور فيجوتسكي** : (1978) الذي يرى أن التعلم علاقة متبادلة بين شخصين على الأقل أحدهما أكثر خبرة من الآخر حيث ينقلها إليه وقد سبق الحديث عن نظريته حول منطقة النمو المقبل أو الوشيك.

2- **تصور فيرشتين Feurestein** حول دور المعلم كوسيط Mediator الذي ينقسم إلى دور تقويمي يتم بمعرفة ما أطلق عليه "أداة قياس الاستعداد للتعلم" Learning potential assessment device حيث يحدد ما يتعين تعليمه من حقائق ومفاهيم وأفكار وقوانين إلخ. ودور تعليمي يتمثل فيما أطلق عليه الإثراء التدريسي Instrumental enrichment ويقصد به ربط المعلومات الجديدة بالخبرات السابقة للتلاميذ من خلال إتاحة الفرص أمامهم لإكتسابها بأنفسهم. ويقتصر دور المعلم على أداء دور الوسيط دون الملقن.

3- **نظرية بالينسكار Palinscar وبراون Brown** (1984/ 1991/ 1992) حول

التدريس التبادلي Reciprocal Teaching حيث يتم التدريس من خلال الحوار بين المعلم والتلاميذ وتبادل الأدوار في تقديم المعلومات وهو أسلوب يشمل أربعة عمليات فرعية :

- التشخيص : Summerising للمعلومات المقدمة أو المقروءة.
- توجيه الأسئلة : Asking questions حول النقاط الرئيسية في الموضوع.
- توضيح Clarifying النقاط الصعبة والغامضة وشرحها.
- التنبؤ Predicting بما يترتب على الأحداث موضع الدرس. (ليرنر : 197).

ب- تشخيص صعوبات التعلم :

يقصد بالتشخيص تحديد نوع المشكلة أو الاضطراب أو المرض أو الصعوبة التي يعاني منها الفرد ودرجة حدتها، وهو مصطلح بدأ في الطب ثم استخدم في العلاج النفسي والإرشاد النفسي والخدمة الاجتماعية والتعليم العلاجي.

مراحل تشخيص صعوبات التعلم :

يمكن أن نميز المراحل الست التالية :

أ- التعرف على الأداء المنخفض من خلال ملاحظة سلوك الأطفال

ب- ملاحظة سلوك الطفل

سواء داخل الفصل الدراسي أو خارجه مثلاً كيف يقرأ ؟ ما نوع الأخطاء التعبيرية التي يقع فيها ؟ كيف يتفاعل مع زملائه ؟ هل ثمة إضطراب انفعالي يجعل سلوكه معهم غير سوي أو غير متزن؟ هل يعاني من نشاط زائد لا يساعده على التركيز؟ ..الخ

جـ- التقويم غير الرسمي لسلوك الطفل :

ويقوم به المعلم الذي يلاحظ سلوك الطفل أو التلميذ بمزيد من الإمعان والاهتمام ويسأله عن ظروف معيشته ويدرس خلفيته الأسرية وتاريخه التطوري من واقع السجلات والبطاقات المتاحة بالمدرسة ويسأل زملاءه عنه، ويبحث مع باقي

المدرسين مستوياته التحصيلية في المواد التي يدرسونها ويتصل بأسرته ويبحث حالته مع ولي الأمر وبذلك يكوّن فكرة أعمق عن مشكلة التلميذ. وفي هذه الحالة قد يرسم خطة العلاج أو يحيله إلى فريق من المختصين لمزيد من الدراسة.

د- قيام فريق الأخصائيين ببحث حالة الطفل:

يضم هذا الفريق كلاً من مدرس المادة / الأخصائي الاجتماعي / أخصائي القياس النفسي / المرشد النفسي / الطبيب الزائر أو المقيم ويقوم بالمهام الأربع التالية:

1- فرز وتنظيم البيانات الخاصة بالطفل ومشكلته الدراسية.

2- تحليل وتفسير البيانات الخاصة بالمشكلة التي يعاني منها الطفل.

3- تحديد هوية العوامل المؤثرة وترتيبها حسب أهميتها.

4- تحديد أبعاد المشكلة الدراسية ودرجة حدتها.

هـ- كتابة نتائج التشخيص:

في صورة تقرير شامل يتعلق بالمشكلة وأبعادها والتلميذ وخصائصه الجسمية والنفسية والاجتماعية والبيئية التي يعيش فيها وتؤثر فيه (الأسرة / المدرسة / جماعة الأقران / الحي / وسائل الإعلام / دار العبادة / المنظمات الاجتماعية كالنادي أو مركز الشباب أو تلك التي يستفيد التلميذ من خدماتها).

و- تحديد الوصفة العلاجية أو البرنامج العلاجي المطلوب:

وذلك بصياغتها في صورة إجرائية يسهل تنفيذها وقياس مدى فاعليتها.

أدوات القياس النفسي والتربوي المستخدمة في التشخيص :

وتشتمل على أدوات بعضها يعتمد على القياس الكمي والبعض الآخر يعتمد على الوصف الكيفي وذلك على النحو التالي :

أ- ادوات القياس الكمي :

اختبارات القدرات واختبارات التحصيل المقننة وغير المقننة. واختبارات الشخصية وقوائم التقدير والبطاقات المدرسية واختبارات الاتجاهات والميول واختبارات القدرات الحسية.

ب- ادوات الوصف الكيفي :

مثل الملاحظة والمقابل ودراسة الحالة وتحليل محتوى إنتاج التلميذ وتصنيفه بصورة تمكن من تحديد نوعية المشكلات الدراسية التي يعاني منها.

هذا وقد توصل أنور الشرقاوى (1989) إلى استبيان حول العوامل المرتبطة بصعوبات التعلم في المدرسة الابتدائية، وأصدر أحمد عواد (195) المدخل التشخيصي لصعوبات التعلم لدى الأطفال ويضم مجموعة اختبارات ومقاييس في هذا المجال، ووضع وقنن مصطفى محمد أحمد (14997) مقياسين أحدهما خاص بالبيئة الأسرية والآخر خاص بالبيئة المدرسية المرتبطة بصعوبات التعلم. وتعد الوسائل السابقة أدوات تشخيصية متخصصة في التعرف على صعوبات التعلم وتحديد أنواعها ومظاهرها ودرجة حدتها.

وثمة معادلات عديدة لحساب درجة صعوبة التعلم في معرض تشخيصها منها المعادلة التالية :

$$\text{مستوى التحصيل المتوقع} = \frac{\text{الوضع الصفي الحالي (السنة والشهر)} \times \text{نسبة الذكاء}}{100}$$

(أحمد عواد : 1993 نقلاً عن عبد العزيز وزيدان السرطاوى : 1988)

هدف التشخيص :

تطبيق أحد أو كل محكات التعرف على صعوبة التعلم لدى التلميذ مثل مدى التباعد في مظاهر نموه النفسي (الانتباه / الإدراك / التفكير بشقيه : تكوين المفهوم وحل المشكلة/ التذكر) أو مدى التباعد بينها وبين نموه التحصيلي، أو مدى التباعد

في تحصيل المادة الدراسية الواحدة فالصعوبة في النمو اللغوي قد لا تعكس تدنياً في مستوى القراءة بقدر ما تعكس تدنياً في مستوى التعبير. ومدى إسهام عوامل الإعاقة والحرمان الثقافي والفرص التعليمية المحدودة في مشكلة التلميذ الدراسية، وهل تحتاج صعوبة التعلم لديه إلى أساليب تدريسية خاصة أم لا ؟

1- مشكلات الانتباه :

يعد الانتباه من الوظائف الهامة في حياة الإنسان الدراسية والعملية إلى درجة يمكن معها القول أنه ما من عمل يؤديه الفرد في منزله أو معهده أو أي مجال من مجالات الحياة المهنية والاجتماعية لا يعتمد على الانتباه بصورة أساسية.

تعريف الانتباه :

الانتباه هو قدرة الفرد على تركيز حواسه في مثير داخلي (فكرة / إحساس / صورة خيالية) أو في مثير خارجي (شئ / شخص موقف)، أو هو بادرة شعور الفرد في مثير ما، ويرى علماء النفس أن بؤرة شعور الفرد تمتلئ بالموضوع الذي يجتذب اهتمامه ويكون مركز انتباهه، وما عداه يشكل هامش الشعور وأن الانتقال بين البؤرة والهامش عملية دينامية مستمرة أثناء اليقظة.

اهمية الانتباه في التربية :

يعد الانتباه العملية الأولى في إكتساب الخبرات التربوية حيث يساعد على تركيز حواس الطالب فيما يقدم له أثناء الدرس من معلومات ويجعله يعمل ذهنه في دلالاتها ومعانيها، والروابط المنطقية والواقعية بينها وبالتالي يساعد في استيعابها والإلمام بها.

ومن ثم فهو المدخل الرئيسي للاستفادة من شرح المعلم وما تقدمه الوسيلة التعليمية المصاحبة فضلاً عن التعليمات الذي تقدم للطلاب داخل قاعة الدرس وخارجه، بالإضافة إلى دور الانتباه الهام في أداء المهام الدراسية العملية والامتحانات والاختبارات بمختلف أشكالها.

المتطلبات التربوية للانتباه :-

لكي يكون الانتباه مثمراً، ومدخلاً للمعرفة والتعامل مع مثيرات البيئة والاستفادة منها لصالح الإنسان يتعين أن يتسم بالصفات التالية :-

1- انتقاء المثير :-

فنحن لا ننتبه عادة لكل المثيرات سواء داخلنا أو في البيئة الخارجية، وإنما ننتبه فقط لتلك التل تلفت نظرنا وتثير إهتمامنا لأهميتها في حياتنا، وندع ما عداها في هامش شعورنا وخارج نطاق حواسنا.

2- مدى استمرارية الانتباه :-

إذ يتعين على الفرد أن ينتبه وقتاً كافياً للمثير الذي يجذب اهتمامه حتى يستوعبه ويلم بعناصر المفهوم الذي يدل عليه سواء تعلق بشئ (آلة ما) أو شخص (معلم) أو موقف (تعلم).

3- نقل الانتباه ومرونته :-

فالشخص السوي هو الذي يستطيع أن ينقل انتباهه بمرونة وسلاسة بين المثيرات المختلفة، إذ يدل هذا على مرونة تفكيره وعدم جموده، ولا يساعده هذا فقط على الإلمام بعناصر المثير متكاملة مترابطة ذات معنى وإنما يمكن أن تكون تلك المرونة مدخلاً للإضافة والتعديل والابتكار.

4- الانتباه إلى تسلسل المثيرات المعروضة :-

فنحن عادة لا ننتبه لمثيرات مفردة، وإنما غالباً لعدة مثيرات متابعة فالطالب أثناء شرح الدرس ينتبه لتسلسل الكلمات التي تخرج من فم المعلم، وللعروض المكتوبة على السبورة أو بواسطة الوسائل التعليمية التي يستعين بها المعلم في الشرح، ونفس الشئ يصدق على مشاهدتنا لفيلم أو أدائنا لعمل حيث يستدعي هذا استمرار الانتباه لكافة العناصر والمكونات أو المشاهد المتتالية. (كيرك وكالفنت : 1988).

مظاهر مشكلات قصور الانتباه او صعوباته :-

ولكن الطلاب عادة لا يتمتعـون بقـدرات متسـاوية علـى الانتبـاه للمثـيرات لأسباب طبية (جسمية) أو نفسية أو اجتماعية، وقد صنف العلماء مظاهر العجـز في الانتباه وصعوباته فيما يلي : -

1- عدم الانتباه :

ويقصد به عدم انتباه الطالب للمثير المعروض أمامه، ربما لأنه لا يثير اهتمامـه أو بسبب عزوفه عنه لأن هناك مثيراً أهم في حياته أو بسبب صعوبة فـهم دلالتـه مما يثير التوتر لديه فيضيق به ذرعاً ويبتعد عنه.

2- القابلية للتشتت :- Distractibility

أي عدم قدرة الطالب على تركيز انتباهه مدة كافية في المثير المعروض وقد يرجع هذا لأسباب عضوية أو نفسية مردها ضيقه أو ملله أو عجزه عن فهم المثـير أو بسـبب فشله في تحقيق التأهب العقلـي أو التـهيؤ الذهـني المطلـوب Mental Set أو فشـله في إصطفاء وتنقية Filtering المثيرات الهامة ومداومة التركيز عليها واستبعاد ما عداها أثناء قيامه بالإحاطة Scanning بمختلف جوانب الموقف المثير الذي يجذب انتباهه.

3- تثبيت الانتباه :- Fixation

ويقصد به ثبات انتباه الطالب على مثـير معـين لأنـه يسـتهويه أو عـدم تمتعـه بالمرونة الكافية لنقل انتباهه بين المثيرات المختلفة بسـبب جمـوده أو تعبـه أو إجـهاده، وهو الأمر الذي يجعله لا يتـابع عنـاصر الـدرس المتتاليـة جيـداً فـلا يلـم بصيغتـها الإجمالية فيحس بالعجز عن فهمها.

4- الحركة الزائدة او النشاط الزائد :- Hyperactivity

ويقصد به عدم تمتع الطالب بالاتزان والاسـتقرار الانفعـالي الـذي يمكنـه مـن التركيز على المثيرات المعروضة والانتبـاه إليـها، وهـو يشـكل زملـة مـن الأعـراض النفسية تتمثل في:-

أ- المستوى المرتفع من النشاط الحركي مما يعوق الاستفادة والإنجاز.

ب- سرعة تشتت الانتباه مما يحول دون الإلمام الكافي بالموقف.

جـ- عدم القدرة على ضبط النفس أو الإندفاعية مما يؤدي إلى الزلل. وسوف نفد للنقطة (جـ) فقرة خاصة

5- الإندفاعية :-

ويقصد بها عدم التروي في التعامل مع المثيرات مما ينجم عنه غالباً عواقب غير مأمونة مثل الرد السريع على السؤال قبل الانتباه إليه جيداً ومعرفة مضمونة وعناصره مما يوقع الطالب في الخطأ أو مثل الاستجابة الفورية دون مراجعة للنفس في مواقف حياتي مما يتأدى بالفرد إلى سلوك عدواني يضر به أو بالآخرين أو بالاثنين معاً. ومن ثم تعكس الإندفاعية نقصاً في الانتباه الكافي وقصوراً في الإدراك وعجزاً عن التفكير يؤدي إلى سرعة الاستجابة والوقوع في الخطأ.

تشخيص مشكلات عدم الانتباه :-

يتضمن تشخيص صعوبات عدم الانتباه عدة خطوات نوجزها فيما يلي :-

1- تشخيص مظاهر سلوك عدم الانتباه المطلوب علاجها :

إذ يتعين على المعلم أو المعالج أن يحدد بالضبط أي أنواع عدم الانتباه الخمسة سابقة الذكر يعاني منها الطالب وثمة اختبارات عديدة لتشخيص مظاهر عدم الانتباه مثل :-

1- اختيار تقييم اضطرابات الانتباه لدى الأطفال تأليف "ب. ستيفن" Stephen. B (1989) ترجمة وتقنين نبيلة محمد رشدا (1997).

2- مقياس ن. ز للتعرف على النشاط الزائد لدى الأطفال، إعداد عبد العزيز الشخص (1984).

3- اختبار تجانس الأشكال لكوجان لقياس الإندفاعية لدى الأطفال إعداد عبد العزيز الشخص (1990).

2- تحديد العوامل الجسمية والانفعالية والتعليمية المسئولة عن عدم الانتباه :

فقد يعاني الطالب من مرض عضوي أو يتسم بعدم الإتزان الانفعالي لخبرات صادمة مر بها أو ضغوط نفسية يتعرض لها في الأسرة أو المدرسة أو الحي، أو ربما يرجع هذا إلى المناخ السائد في بيئة الفصل من حيث سلوك المعلم أثناء الشرح أو شخصيته وإنعكاساتها على سلوك الطلاب وعلاقته بهم أو اتجاه الطالب نحو المدرسة والدراسة أو مادة دراسية معينة أو عجزه عن استيعابها لقصور في قدراته العقلية.

3- التعرف على الظروف البيئية لعدم الانتباه :

فينبغي على المعلم أو المعالج أن يحدد أي المواقف الحياتية (في المنزل / المدرسة / الفصل / المعمل / قاعة النشاط / الحي .. الخ) تشيع فيه المظاهر السلوكية لعدم الانتباه التي يعاني منها الطالب.

4- تحديد أهداف العلاج :

في ضوء ما سبق من تشخيص يحدد المعلم أهداف العلاج مستعيناً بإمكانات المدرسة متعاوناً مع الأسرة، وربما يلجأ إلى جهات طبية خارج نطاق المدرسة إذا اقتضت الحالة ذلك مثل الصحة المدرسية أو العيادة النفسية أو مكتب الخدمة الاجتماعية المدرسية.

ج- علاج صعوبات الانتباه :

لكي نقوم بتحسين سلوك الانتباه عند الطالب يفضل أن نتخذ عدة إجراءات من شأنها تحسين قدرته على الانتباه نوجزها فيما يلي :-

1- التدريب على تركيز الانتباه :

أي توجيه انتباه الطالب نحو المثيرات المهمة ذات الصلة بموضوع الدرس وترك باقي المثيرات على هامش شعوره ويتضمن هذا :

أ- أن نلفت نظر الطالب إلى المثيرات المهمة حتى يركز عليها ويعزف عن غيرها كأن يقول المعلم : انتبهوا إلى النقاط الرئيسية التالية ثم يكتبها على السبورة ويستطرد في شرحها.

ب- تبسيط المثيرات المقدمة وتقليل عددها وإزالة تعقيداتها حتى يستطيع الطالب أن ينتبه إليها ويلم بها ويستوعبها.

جـ زيادة تركيز الطالب على المثيرات المهمة بتلوينها أو وضع خطوط تحتها كما هو الحال في الحروف الهجائية والقوانين والنظريات والأقوال المأثورة وخلاصات الدروس المشروحة.

د- استخدام المثيرات والخبرات الجديدة وغير المألوفة حتى نلفت انتباه الطالب لأن التعود Habituation على المثيرات يجعل الطالب يملها فلا تثير اهتمامه وينتبه لغيرها.

هـ- توظيف أكثر من حاسة ونشاط في الانتباه مثل الاستعانة بالعين والسمع في تعلم القراءة والكتابة وإضافة اللمس في الدروس العملية والفنية.

و- عرض المواد العلمية في شكل مجموعات متجانسة تكون لها دلالة ومغزى فيسهل على الطالب فهمها واستيعابها بالتركيز عليها كما هو الحال في تصنيف المقررات الدراسية على أسس منطقية.

ز- الاستعانة بالخبرات السابقة للطالب والإنطلاق منها لتقديم خبرات تربوية جديدة ترتبط بها فلا يجد الطالب صعوبة في الانتباه إليها وفهمها والإلمام بها.

2- زيادة مدة الانتباه :

وذلك بطريقة تدريجية بالاستعانة بالإجراءات التالية :-

أ- أن يحدد المعلم بالضبط ما يجب القيام به وتحقيقه في حالة الطالب في صورة هدف إجرائي يسهل تحديده وتنفيذه وتقويمه وقياسه كأن يقول أود أن أشد انتباه الطالب لشرح درس لمدة نصف ساعة.

ب- أن يستخدم المعلم ساعة توقيت Stop Watch لقياس مدة الانتباه لدى الطالب.

جـ- العمل على زيادة مدة الانتباه لتحقيق تقدم في المجال.

د- توفير فترات راحة بين مهام التدريب على زيادة الانتباه عملاً بالقاعدة : التمرين الموزع غالباً ما يكون أفضل من التمرين المتصل فقد يكون الأخير أدعى إلى التعب والملل.

هـ- العمل على تعزيز ومكافأة الزيادة في مدة الانتباه بالتشجيع عملاً بالقاعدة: النجاح يؤدي إلى مزيد من النجاح.

3- زيادة المرونة في نقل الانتباه :

ويتضمن هذا اتخاذ الإجراءات التالية :-

أ- إعطاء وقت كاف لانتقال انتباه الطالب من مثير لآخر وبعد أن يستوعب المفهوم الدال عليه يقدم له مفهوم آخر بمثير آخر وهكذا..

ب- التقليل التدريجي من مدة انتقال الانتباه من مثير لآخر بعد أن يتم تدريب الطالب على ذلك.

4- تحسين تسلسل عملية الانتباه :

يقصد بتسلسل عملية الانتباه أن يركز الطالب حواسه وذهنه في مثيرات متتابعة عبر زمن تقديم الخبرة أو الخبرات التعليمية بحيث يصل في النهاية إلى إلمام متكامل وفهم شامل لها ولكي يتم هذا يحسن أن نتتبع الخطوات التالية لتحسين قدراته في هذا المجال:

أ- زيادة عدد الفقرات التعليمية التي ينتبه إليها الطالب تدريجياً.

ب- وضع عناصر المهمة العلاجية (الفقرات التعليمية المطلوب زيادة مدة الانتباه إليها في شكل وحدات يسهل تعلمها مثل الحروف المتجانسة مع بعضها (ب، ت، ث) إلخ، أي إخضاعها لمبادئ تداعي المعاني الخمسة التي وضعها "ارسطو" وهي: التشابه / التضاد / التجاور في المكان / التجاور في الزمان والعلّية فيسهل الربط السريع بينها والانتباه إليها كمجموعة.

جـ- التكرار والتدريب حتى يستطيع الطالب السيطرة على المهمة التعليمية.

5- علاج النشاط الزائد :

يشمل النشاط الزائد - كما سبق القول - الحركة الزائدة وضعف الانتباه وعدم ضبط النفس والإندفاعية وقد ثبت من أبحاث عبد العزيز الشخص (1991) وعلا قشطة (1995) ونبيل السيد (1996) أنه يؤثر سلباً في التحصيل الدراسي كعملية معقدة مركبة، ويرتبط بتدني أداء العمليات العقلية كالتذكر والتفكير ويزيد الأمر سوءً إذا كان الطفل معاقاً عقلياً. ولذا وُضعت البرامج للتخفيف من حدته لعل أبرزها ما يلي :

أ- تعديل السلوك غير المرغوب فيه (النشاط الزائد) وإحلال سلوك مرغوب فيه (النشاط المتزن المنضبط) عن طريق عقاب الأول والاستجابة السلبية له وإثابة وتعزيز الثاني والاستجابة الإيجابية له.

ب- تقديم النموذج السلوكي المتزن الذي يقلده الطفل ويقتدي ويتأسى به مع دعمه ومكافأته.

جـ- الهدوء والثبات الانفعالي مع الطفل وعدم الثورة في وجهه.

د- اللجوء إلى التوجيه البسيط وعدم إلقاء محاضرات عليه.

هـ- إتاحة الفرصة أمام الطفل لتفريغ انفعالاته وطاقاته في لعب مفيد هادف وحبذا لو كان فيه قدر معقول من الإنطلاق.

و- تجزئة المهام التربوية والدراسية عملاً بمبدأ الممارسة الموزعة.

ز- العلاج الطبي بالعقاقير إذا اقتضى الأمر ذلك.

ح- استشارة الطبيب في نوعية الغذاء الذي قد يستثير النشاط الزائد والتقليل منه أو البعد عنه. (جميل منصور : 1984 ، 1990).

6- علاج الإندفاعية :

ثبت من عديد من الدراسات مثل دراسة فاطمة حلمى (1986) وحمدى

الفرماوى (1987) وقاسم الصرّاف (1987) وعبد العزيز الشخص (1991) أن الإندفاعية ترتبط ارتباطاً سلبياً بالتحصيل الدراسي مما يعني أن التلاميذ الأكثر اندفاعية والأقل تروياً مستواهم التحصيلي غالباً ما يكون متدنياً ولذلك رسم العلماء العديد من البرامج لخفض مستوى الإندفاعية لعل أبرزها ما يلي :

أ- لجأ بعض الباحثين إلى ما يسمى ببنية التعليمات الذاتية Self-instruction

وتشمل الخطوات التالية :

1- أن يقوم المعلم بإنجاز مهمة ما تعليمية وهو يفكر فيها بصوت عال أمام الطالب المشكل (المندفع) والأخير يراقبه.

2- يقوم الطالب بإنجاز نفس المهمة بتوجيه من تعليمات المعلم المعالج (توجيه خارجي/ داخلي).

3- يقوم الطالب بإنجاز المهمة بينما يعلم نفسه بصوت عال (التوجيه الذاتي العلني).

4- يقوم الطالب بإنجاز مهمته هامساً لنفسه بالتعليمات (التوجيه الذاتي الهامس).

5- يقوم الطفل بالمهمة وهو يلقي على نفسه التعليمات (توجيه ذاتي غير معلن).

ب- ولجأ بعض الباحثين إلى تدريب الطالب المندفع إلى فنيات حل المشكلة

وخطواتها التي تقوم على :-

1- الشعور بالمشكلة (دراسية كانت أم عملية).

2- جمع المعلومات والبيانات من الكتب والدراسات والحياة عنها.

3- تحليل المشكلة ببيان أبعادها وعناصرها ومظاهرها وعواملها.

4- اقتراح الحلول المختلفة للمشكلة وتجريبها ومتابعتها.

5- تقويم الحلول المقترحة وتعديلها إذا لزم الأمر (عبد الغني عكاشة، 1997).

وسوف نتطرق إلى هذا في موضع آخر من الكتاب بشئ من التفصيل.

وفي الغالب نجد أن حل المشكلة يرتبط بحل المسائل خاصة الرياضية والإجابة عن الأسئلة في الامتحانات المختلفة وهو الأمر الذي غالباً ما يرتبط عند الطلاب

بمشكلة قلق الاختبار Text Anxiety وهو إضطراب نفسي له جانب إنفعالي يتمثل في الخوف من الرسوب وله جانب عقلي معرفي يتمثل في توقع الفشل في الإجابة وله جانب جسمي يتمثل في الاضطرابات الجسمية غير عضوية المنشأ مثل إضطراب ضربات والرعشة وتصبب العرق وإضطرابات الهضم والإخراج والنوم مما يزيد من صعوبة إجتياز الإمتحان فيندفع الطالب أو يعجز عن الإجابة عن الأسئلة ولذا وضع علماء النفس بعض التوصيات التي تعينه على التغلب على هذه الأزمنة تتمثل فيما يلي :- (نبيل حافظ، 1981)

1- النوم الجيد وتناول الطعام بشكل طبيعي وتسيير أمور حياته كالمعتاد.

2- المراجعة العامة للخطوط والعناصر الرئيسية في الدروس.

3- الاسترخاء مع التركيز عند الشروع في الإجابة عن الأسئلة.

4- قراءة ورقة الأسئلة مرة أو مرتين حتى يفهم المطلوب جيداً.

5- التأشير على الأسئلة المطلوب الإجابة عنها وتقسيم زمن الإمتحان عليها بحيث يكون هناك وقت للمراجعة.

6- البدء بأسهل الأسئلة وقراءته جيداً وكتابة عناصر الإجابة في الهامش.

7- الإجابة عن السؤال خطوة خطوة في نطاق الزمن المحدد له.

8- الانتقال إلى السؤال التالي بنفس النظام السابق وهكذا.

9- بعد الإنتهاء من الإجابة تبدأ المراجعة بإعادة قراءة ورقة الأسئلة وقراءة المطلوب في كل سؤال ومراجعة الإجابة التي كتبت حوله.

الإطار النفسي والتربوي لتحسين الإنتباه :-

ويقصد به الوسائل النفسية والتربوية التي يتعين إتباعها لعلاج صعوبات الانتباه سابقة الذكر مثل :-

1- التعامل مع الطفل كفرد له خصائصه الجسمية وقدراته العقلية وسماته الشخصية وظروفه الخاصة والتدريس له بناء على ذلك.

2- أن تناسب المواد المطلوب تعلمها قدرات الطفل التي تم قياسها وميوله الدراسية التي تم التعرف عليها وسماته الشخصية التي تمت دراستها وظروفه البيئية التي تم استكشافها.

3- التشجيع والحفز المستمر عند أداء الطفل للمهام العلاجية والمكافأة بعد حسن قيامه بها.

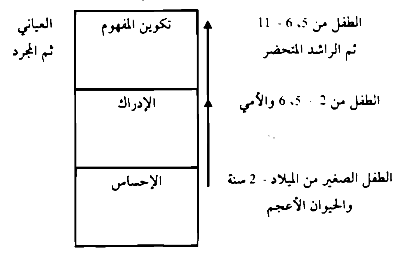
4- تدريب الطفل على مراقبة سلوكه وتقويم أدائه ذاتياً وتشجيعه على تعديل سلوكه حتى تنبع الرغبة في التغيير من نفسه فيتفاعل إيجابياً مع المعالج.

5- المعالجة الطبية إذا اقتضى تشخيص حالة الطالب ذلك.

د- علاج صعوبات الإدراك :

يعد الإدراك ثاني العمليات العقلية المعرفية التي يتعامل بها الفرد مع المثيرات البيئية لكي يصوغها في منظومة فكرية تعبر عن مفهوم ذي معنى يسهل له عمليات التوافق مع البيئة المحيطة به بعناصرها المادية والاجتماعية.

ويفترض أن كلاً منا سواء على المستوى النمائي الفردي أو التعامل الحضاري مع المثيرات البيئية يمر بثلاث مستويات على النحو التالي :-



شكل (1) مستويات التعامل مع الخبرة الحسية

وفي ضوء ما سبق يتبين لنا أننا نستقبل المثيرات الحسيّة ونستجيب لها بالحركة كما يرى "بياجيه" في نظريته في سنوات المهد (العامين الأول) لأن المسافة بين المثير والاستجابة تكاد تكون معدومة بسبب الإفتقار إلى التفكير ونحن في هذا أشبه بالحيوان الأعجم كما يرى علم النفس المقارن.

ثم مع نمو الجهاز العصبي ندرك معاني ودلالات المثيرات الحسية -- غالباً في ضوء استخداماتها ووظائفها كما يرى "بياجيه" أيضاً وعلم النفس الحضاري المقارن ويتم ذلك في الطفولة المبكرة (2 - 5، 6 سنوات).

وأخيراً يتأدى بنا التطور إلى المرحلة الثالثة والأخيرة الا وهي مرحلة تكوين مفاهيم عن المثيرات الحسية التي تمثل الأشياء (راديو) والأشخاص (معلم) والمواقف (موقف تعلم أو صلاة) أولاً على المستوى العياني (5، 6 11) ثم على المستوى المجرد من 11 سنة فما فوق حسب نظرية "بياجيه" وعلم النفس الحضاري المقارن أيضاً. وتمثل هذه سنوات المدرسة الابتدائية والإعدادية أي الطفولة المتأخرة والمراهقة.

ومن ثم يبدو الإدراك عملية هامة في تكوين الخبرات التربوية لدى التلاميذ في معاهد التعليم لأنه يمثل واسطة العقد في تشكيلها.

تعريف الإدراك :-

هو العملية النفسية التي تسهم في الوصول إلى معاني ودلالات الأشياء والأشخاص والمواقف التي يتعامل بها الفرد عن طريق تنظيم المثيرات الحسية المتعلقة بها وتفسيرها وصياغتها في كليات ذات معنى (المفاهيم).

مقومات الإدراك :-

يتطلب الإدراك السليم للمثيرات أو الظواهر المختلفة نوعاً من التأهب العقلي قوامه:-

1- القدرة على التمييز بين المدركات بناء على سلامة عمليتي التجريد (إستخلاص

الصفات الأساسية للمثير الحسي) والتعميم (بتطبيقها على الحالات التي تنطبق عليها الصفات) ويتطلب هذا سلامة عمليتي الإحساس والانتباه.

2- القدرة على التمييز بين شكل المدرك أو صيغته الإجمالية العامة Gestalt أو Figure والخلفية البيئية التي يستند إليها Background (مثل الصورة والظلال/ الحيوان في الغابة / الكتابة على السبورة).

3- القدرة على غلق المدرك الحسي لتكوين مدرك عام أو مفهوم ذي معنى (فالحلقة الناقصة تستكمل دائرة، والكلمة غير مستكملة الحروف تكتب أو تنطق كاملة) والفضل في هذا يوقع الشخص عموماً والتلميذ خصوصاً في دائرة الحيرة والتوتر النفسي فضلاً عن عدم المعرفة والإحساس بالغموض.

مظاهر مشكلات الإدراك :-

ولكن الأمور قد لا تسير في الحياة ومع كل الطلاب بالمقومات أو الشروط السابقة فقد تواجه بعضهم صعوبات تجعل عملية الإدراك عسيرة أو غير سليمة ومن أبرز مظاهرها ما يلي:-

1) صعوبة الإدراك أو التمييز البصري :-

وهي قد لا تدل على مشكلات في حدة البصر وإنما هي خاصة بالتعامل مع مثيرات حجم الأشياء وأشكالها والمسافات القائمة بينها وإدراك العمق مما يؤدي إلى مشكلات في إدراك واستخدام الحروف والأعداد والكلمات والأشكال ويعوق هذا عمليات القراءة والكتابة والرسم.

2) صعوبات الإدراك والتمييز السمعي :-

وهي لا تدل على مشكلات في حدة السمع وإنما تتعلق بصعوبة استكشاف أو معرفة أوجه الشبه والاختلاف بين درجات الصوت وإتساقه ومعدله ومدته مما يشكل قيداً على التمييز بين الحروف والمقاطع والكلمات، وينتج عن هذا صعوبة في تعلم القراءة بالطريقة الصوتية وهجاء الحروف.

3) صعوبات التمييز أو الإدراك اللمسي:-

ويقصد به الحساسية اللمسية في تناول الأشياء في البيئة ولاشك أن الصعوبة في هذا غالباً ما تعوق نمو استخدام أدوات المائدة كالسكين والشوكة ومهارات تناول الأشياء والتعامل اليدوي معها ومهارات الكتابة بطريقة "بايل" عند العميان والعزف على البيانو والكتابة على الآلة الكاتبة والكمبيوتر.

4) صعوبات الإدراك والتمييز الحس - حركي :-

وهي تتعلق بصعوبات حركات الجذع والذراع والساقين والأصابع وأجزاء الرأس والجهاز الكلامي ووضع الأطراف التي يفترض أن تقدم للفرد تغذية راجعة Feed Back في صورة معلومات عن :

أ- أوضاع الجسم ب- ظروف البيئة

مما يساعده في تناول معطيات الوسط الذي يعيش فيه. والفشل في هذا يعوق نمو المهارات اليدوية اليومية والكتابة اليدوية والحركات الإيقاعية وممارسة بعض الأنشطة الرياضية.

5) صعوبات الإدراك والتمييز الحركي - اللمسي :-

وتقدم معلومات حول حركات الجسم والبيئة التي ترتبط بها والصعوبة في هذا المجال تعوق استخدام العضلات الدقيقة في الكتابة واستخدام الأدوات المختلفة.

6) مشكلات الإدراك والتمييز البصري - الحركي :-

وهي تتعلق بثلاثة أمور:

1- التمييز بين الجانبين الأيمن والأيسر من الجسم واستخدام كل منهما بفاعلية أثناء نشاط الطفل والطالب عموماً في الدرس والحياة.

2- تحديد اتجاه الجسم أثناء الأنشطة المختلفة التعليمية وغيرها.

3- التطور من توجيه اليد للعين في المرحلة المبكرة من العمر إلى توجيه العين لليد في المراحل التالية حين يتطلع الطفل إلى استقبال الخبرات التعليمية.

والصعوبات المتعلقة بما سبق تعوق تعلم الكتابة وتناول الأشياء والأدوات وممارسة الألعاب المنظمة واستخدام الأجهزة الصوتية البصرية.

7) صعوبات التسلسل :-

وهي تتعلق بترتيب الأشياء والحروف والكلمات والأرقام والأشكال مما يشكل صعوبة في تعلم القراءة والكتابة والمهارات الحركية.

8) صعوبة سرعة الإدراك :-

وتتعلق بزمن الرجع (المسافة بين المثير والاستجابة) فبعض الأطفال بطيئو الإدراك والفهم للمثيرات الحسية المقدمة لهم أو التعليمات التي تلقى عليهم ويؤدي هذا إلى بطء تعلم القراءة والكتابة والحساب.

9) مشكلات التمييز بين الشكل والأرضية :-

وهي خاصة بالمثيرات الحسية الخمسة سابقة الذكر التي تتعلق بالإدراك والتمييز البصري / السمعي / اللمسي / الحركي التي تستخدم - غالباً في عملية التعلم وهذه غالباً ما تؤدي إلى صعوبات تتعلق بعمليات الانتباه إلى شرح الدرس أو الاستفادة من الوسائل التعليمية التي تبلور المفاهيم التي تشرحها خاصة إذا كانت هناك ضوضاء في الفصل بين التلاميذ أو جلبة صادرة من الفناء والحجرات المجاورة أو إذا لم يستخدم طباشير جيد للكتابة على السبورة.

10) صعوبات الغلق:-

وهي تتعلق باستكمال المثيرات الحسية (سمعية / بصرية / لمسية) والتي تتهيأ للتلميذ أثناء شرح الدروس أو يجدها في حياته وصياغتها في شكل كل ذي معنى حتى لو فقد أجزاء من مكوناتها فالكلمة الناقصة تُستكمل والصوت الغامض يُستوضح والكلمة غير المفهومة تُفهم من سياق العبارة أو الفقرة التي تحتويها أو بالإستعانة بالخبرات السابقة للتلميذ.

11) صعوبات النمذجة :-

وهي صعوبات تتعلق بالنموذج الإدراكي المفضل لدى التلميذ هل هو بصري أم سمعي أم حركي لمسي؟ فبعض الأطفال يتعلمون اللغة من خلال السمع كالترجمة مثلاً. والبعض الآخر لا ينطق الكلمة إلا إذا جزأت إلى حروفها (الهجاء)، والكفيف يفضل الإدراك السمعي اللمسي للمثيرات التربوية، بينما يفضل الأصم الإدراك البصري اللمسي لها ولذا اخترعت للأول في التعلم طريقة برايل بينما اخترعت للثانية لغة الهمس والشفاه، وكل ميسر لما خلق له.

12) صعوبات ثبات التفكير :-

فبعض الأطفال يميلون إلى الثبات والإصرار على أداء نشاط غير مطلوب دون تعديل ويشكل هذا قيداً على المرونة اللازمة لعملية التعليم التي تطرد مسيرتها بمرونة التلميذ العقلية التي تعد مدخلاً للإبداع والابتكار.

علاج مشكلات الإدراك :

لقد تبين لنا أهمية عملية الإدراك في استقبال واستيعاب التلميذ للخبرات التربوية والحياتية وما يترتب على صعوباتها من إعاقات في عمليات التعلم في القراءة والكتابة والحساب ومهارات الحياة اليومية وبالطبع ما يترتب على هذا ويرتبط به من تعلم المقررات الدراسية المختلفة ولذا يتعين رسم الخطط العلاجية لتلك الصعوبات ولكي نقوم بهذا يتعين أن نتبع الخطوات التالية :

1) دراسة حالة الطفل :-

الجسمية من حيث الطول والوزن وتركيب الجسم وما يتمتع به من صحة أو مرض أو إعاقة والعصبية لمعرفة وجود تلف أو قصور في نمو المخ من عدمه والحسية من حيث وجود قصور في عمليات الإبصار والسمع واللمس من عدمه والعقلية المعرفية من حيث قياس قدراته العقلية وخبراته التربوية وحالته الإنفعالية والخبرات الصادمة التي تعرض لها وكذلك ظروف المعيشة في الأسرة من حيث وجود

مشكلات من عدمه ومدى متابعة الأسرة لدراسته وظروف التدريس في الفصل وطرقه وتفاعلاته مع دروس المعلم ومع أنشطة زملائه داخل الفصل وخارجه بالإضافة إلى تاريخه التطوري الحياتي والدراسي وتكوين صورة كاملة شخصية وبيئية تضع أصابعنا على مصدر الصعوبة.

2) تحليل المهام التربوية المشكلة :-

ويقصد بها أنواع صعوبات الإدراك التي يعاني منها الطفل في ضوء شرحنا للصعوبات الإثنى عشر سابقة الذكر وتأثيرها على التحصيل الدراسي في القراءة والكتابة والحساب والمقررات الدراسية وأساليب التعامل في الحياة اليومية.

3) كتابة أهداف وإجراءات العلاج وعملياته :-

ويقصد بها رسم الأهداف الإجرائية التي سوف يتبعها المعلم والفريق المعالج للتغلب على صعوبة أو صعوبات الإدراك على النحو التالي :

أ- علاج مشكلات الإدراك والتمييز البصري :

يطلب المعلم من التلاميذ معرفة أوجه الشبه والاختلاف في الأنشطة التالية:

- الفروق بين حجرة الناظر والفصل والمعمل والمدرج.
- مضاهاة الألوان والمقارنة بينها.
- المقارنة بين أقلام الرصاص والحبر والجاف.
- المقارنة بين الأطفال في الطول.
- المقارنة بين الأشكال الهندسية (المثلث / المربع / المستطيل / المعين / الدائرة).
- المطابقة بين نماذج الحروف الهجائية والأرقام.

ب- علاج مشكلات الإدراك والتمييز السمعي :-

يدرب المعلم التلاميذ على التمييز بين الأصوات المختلفة في صورة البرامج التالية:

- التمييز بالاستعانة بشريط كاسيت بين :

(أياد تصفق / تليفون يدق / جرس يرن / طقطقة الأصابع / ماء يجري)

- الاستماع إلى نفس الأصوات في خلفية من الضجيج.
- الاستماع إلى نفس الأصوات وهو معصوب العينين.

تقديم كلمات ينصت إليها الطلاب تبدأ بحرف معين :

(أ) مدرسة / ملعب / مرآة / كلب .

(ب) نخلة / شنطة / ناقوس / نهار .

تسجيل مجموعة من الكلمات على شريط وإعطاء التلميذ قائمة بها ويطلب منه الإشارة في القائمة إلى الكلمة التي ينطقها الشريط.

جـ- علاج صعوبة التآزر البصري الحركي :-

يطلب المعلم من التلميذ إعادة تكوين أشكال بسيطة على السبورة مثل : خط رأسي / خط أفقي / دائرة / مربع / مثلث ... الخ.

د- علاج صعوبة التسلسل :-

- يقرأ المعلم سلسلة من الأرقام ويطلب من التلاميذ إعادتها حسب ترتيبها من الأكبر إلى الأصغر وبالعكس.
- يلقى المعلم مجموعة من التعليمات على التلاميذ ويطلب منهم تنفيذها.

هـ- علاج صعوبات الإدراك الحركي :-

يطلب المعلم من التلاميذ :

- المشي على ألواح خشبية للتدريب على الاتجاهات وعملية الوقوف والتوازن.
- استخدام خشبة التوازن لمساعدة الطفل على السيطرة على الجانبين الأيمن والأيسر للجسم.
- القفز من على منصة للمساعدة في تكوين مفهوم للجسم والتناسق الجسمي والتوازن السليم.
- القيام بتمرينات إيقاعية جسدية تفيد في عملية التآزر الجسدي باستخدام كل من الإيقاعات اللمسية والبصرية والسمعية.

الفصل السابع

طرق علاج المشكلات السلوكية

مفهوم العلاج

1- العلاج بالدراما

2- العلاج باللعب

3- العلاج بالسيكودراما

4- العلاج الواقعي

5- العلاج المعرفي

6- العلاج بالترويح

7- العلاج بالموسيقى

8- العلاج بالفن

9- العلاج بالتحليل النفسي

10- العلاج التربوي

أ- البرامج التربوية لعلاج مشكلة اللغة

ب- برنامج قائم على تدريبات للطفل لتقوية القدرة على الملاحظة والانتباه

الفصل السابع

طرق علاج المشكلات السلوكية

مفهوم العلاج Therapy

تشتق لفظة Therapy (علاج) من اللفظة الإغريقية Healing التي تعني مداواة، لذا فإن العلاج النفسي Psycho Therapy تعني مداوة النفس.

والعلاج النفسي عملية تهدف إلى مساعدة المريض على أن يفعل بنفسه ما لا يستطيع أن يفعله، والمعالج لا يقوم له بهذا الفعل، لكنه أي المريض لا يستطيع أن يفعله بدون المعالج، والمعالج هنا هو وسيط أو ميسر Facilitator يساعد المريض على الفعل.

هناك تعريف آخر يقول "إن التوظيف المنظم للعلاقة بين المريض / المعالج تعمل مثلما يفعل - الدواء أو أساليب العلاج الاجتماعي - في إحداث تغير في المعرفة والمشاعر والسلوك وبذلك تكون هذه العلاقة القائمة بين المريض / المعالج بمثابة وسيط علاجي بذاتها.

ومن المعروف أن الهدف الأساسي للعلاج النفسي هو إزالة الشعور بالمعاناة، ويتم ذلك داخل النفس سواء كان المريض فرداً أو جماعة، لذلك فإن بدايات العلاقة بين المريض/ المعالج تعمل على إزالة القلق والتوتر والضغوط العقلية. وما أن يتم ذلك حتى يتحول الهدف من الرغبة في إزاحة التوتر وإزاحة القلق أو الاكتئاب، إلى الرغبة في تعلم التواصل مع الآخرين، حتى يكتسب المريض الثقة في نفسه وفي الآخرين، وبذلك يتعلم الحب.

والعلاج النفسي لا يكون دوماً تطهيراً انفعالياً، بل هو خبرة تجمع ما بين

الانفعال والمعرفة. فالمريض عندما يمر بهذه الخبرة يشعر بأن هناك شئ ما، ويحاول أن يفهم ما تتضمنه هذه الخبرة من معاني وما يرتبط بها من انفعالات. وهذه العملية يكون لها ارتباط وثيق ومباشر بالخبرة الوجودية للمريض في هذه اللحظة وهذا الموقف.

وكما أثبتت الدراسات والأبحاث أن ما يميز الخبرة العلاجية النفسية الناجحة هو ما تتضمنه من معرفة فهي تشكل محور ارتكاز العملية العلاجية. وبذلك يكون الاستبصار والفهم من أهم متطلبات العلاج النفسي.

مما سبق يمكن القول بأن العلاج يهتم، بالانفعالات القوية، الاستبصار، الإدراك العقلي، والتغير. ومركز العلاج هو العلاقة مع المعالج أو العلاقة ما بين المعالج والجماعة. والتي تساعد الفرد على أن يحقق ما لم يكن قادراً على تحقيقه لنفسه بمفرده. أنها تساعده على أن يختبر الحياة كما هي الآن. وفي هذا الفصل نتناول بعض طرق العلاج المناسبة في تخفيف بعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال كالعلاج بالدراما والعلاج باللعب والسيكودراما والعلاج بالموسيقى وبالفن والعلاج المعرفي والواقعي والعلاج بالترويح والعلاج بالتحليل النفسي والعلاج التربوي على النحو التالي :

1- العلاج بالدراما Drama Therapy

إن تعريف ماهية العلاج بالدراما تؤكد بالضرورة على أهمية تأثير قدرات الإبداع والتعبير، بعكس العلاج النفسي بالتحليل النفسي مثلاً، والذي يؤكد على العلاقة ما بين المعالج والمريض والعمل من خلال الصراعات والتوتر الناتج من هذه العلاقة. وهذه العملية تعرف بالتحول Transference ، والتحول المعاكس .Tansference-Counter

وتعزيز القدرات التعبيرية والإبداعية باستخدام المواقف والبناء الدرامي، قد يسمح بظهور التعبير الرمزي عن الانفعالات والذي يختلف تماماً عن العلاج النفسي بالكلام. ومما لاشك فيه أن المعالج الدرامي Drama Therapist قد يشجع

الاستكشاف اللفظي للانفعالات، لكنه قد يفعل هذا من خلال الدراما ذاتها، وليس بالضرورة بطريق مباشر. لذلك فهو يناسب إلى درجة كبيرة علاج مشكلات الأطفال في الطفولة المبكرة.

في عام 1979 عرفت الجمعية البريطانية للمعالجين بالدراما The British Association for Drama Therapist (B.A.DM) العلاج بالدراما بأنه "وسائل تساعد على الفهم والتخفيف من المشاكل النفسية والاجتماعية والاضطرابات العقلية، كما تيسر التعبير الرمزي والذي من خلاله يمكن للمريض أن يقترب من ذاته سواء أكان فرداً أو جماعة بواسطة المواقف الإبداعية المتضمنة للتواصل بالصوت والجسد" وبتغير مفهوم المرض العقلي والاضطرابات العقلية تغير التعريف عام 1991 ، كما حددت ملامحه الجمعية البريطانية إلى أن "العلاج بالدراما هو الاستخدام المقصود (أو المخطط) للجوانب والقدرات العلاجية للدراما في العملية العلاجية" وقد طرح هذا التعريف عدد من التساؤلات، مثل ما هي الجوانب العلاجية للدراما؟ وهل هذه الجوانب قد تسبب ألماً؟ (كمال الدين حسين، 2003)

في عام 1992 ظهر تعريف آخر بواسطة Jenning تقول فيه "العلاج بالدراما، هو الاستخدام المحدد للتركيبة المسرحية Theatre Structure والعمليات الدرامية، مع قصدية واضحة وهي العلاج".

ونحن هنا نواجه بمصطلح التركيبة المسرحية (البناء المسرحي) Theater Structure والذي يعكس النموذج المسرحي الذي تستخدمه Jenning في العلاج بالدراما.

فهي ترى أن المعالج بالدراما لا يعتبر معالجاً نفسياً، بل هو فنان مبدع، وأن العلاج بالدراما كمهنة تمتد جذورها إلى أعماق فن المسرح.

نخلص مما سبق إلى أنه يمكن تعريف العلاج بالدراما بأنه "العلاج من خلال الدراما والذي يتيح للمريض من خلال استخدام الأساليب الدرامية، أن يستبصر ويكتشف الانفعالات في مكان ما وفي زمن ما بين الواقع والخيال، داخل مواقف اجتماعية".

وحتى يمكن أن نفهم بقدر أكبر، وتتضح الصورة أمام البعض حول كيفية تحقيق العلاج من خلال الدراما، سنحاول أن نتعرف على تلك الجوانب العلاجية للدراما، سنحاول أن نتعرف على تلك الجوانب العلاجية للدراما والتي تشكل الأساس النظري والتطبيقي للعلاج بالدراما.

الأسس الدرامية ومصادرها في العلاج بالدراما :

إن المتفحص لمصادر الأسس الدرامية التي لجأ إليها المعالجون الدراميون ليأسسوا لفنهم هذا سيجد أنه يمكن أن نحصرها في :

1- دراما الطفل ولعبة الإيهامي.

2- فن العرض المسرحي.

3- النصوص والمصادر المتنوعة للدراما.

4- الدراما الشعبية والطقوس.

وسنحاول هنا أن نتعرف على تلك المصادر وكيف على تأسيس العلاج بالدراما، وظهوره على يد نخبة من العلماء الواعيين المبدعين.

أولاً : دراما الطفل ولعبه الإيهامي :

من المعروف أن الدراما فعل غريزي فطري في سلوك الإنسان، وتراه بشكل واضح في لعب الأطفال الذي يعتمد على المحاكاة والتقليد، وإن كان الطفل يمارسه دون وعي منه، لكن عندما بدأ بعض التربويون في محاولات توظيفه بوعي، كان من أنجح السبل المساعدة في العملية التعليمية وتعديل السلوك.

إن لعب الأطفال ذو الطبيعة الدرامية خاصة ما يعرف باللعب الإيهامي ذلك اللعب الذي يعتمد على الاندماج والمحاكاة، والتقليد والتوحد والتشخيص، ولعب الأدوار، والتي استفاد منها كثير من المعالجين أمثال مورينو وبيرلز والذي كان له فضل اكتشاف ما يعرف باللحظة الفطرية أو العفوية Spontanious Moment Perls والتي يترك فيها المريض على سجيته ليشخص أو يمثل ما يريده (كما يلعب الطفل لعبه الإيهامي) فسوف تؤدي إلى الكشف عن اهتماماته الدفينة.

هذه اللحظة تعتمد على فعل التشخيص واستحضار الخبرات السابقة من الحياة اليومية. والتي لها أثر في حياة المريض وقد ترتبط به أو بغيره ممن أثروا في حياته. لذلك يعتمد العلاج بالدراما على التشخيص والذي يتم فيما يعرف بالمكان الآمن أو المعزول والذي يسمح باستحضار هذه الخبرات في أمان، حتى يمكن فحصها وفهمها. وكما في جلسات التحليل النفسي، فإن المريض قد يحيل أو يحول بعض الخصائص الدالة Significant Characteristics لشخص ما أثناء لعبة الإيهامي أو تشخيصه وليكن شخص الأب مثلاً على المعالج. أو على شخص من الجماعة يحل محل شخصية الأب كما في السيكودراما، أو يقوم هو نفسه بأداء دور الأب كما لو كان (as if) هو الأب في مشهد أو في موقف معين، وهذا ما يعرف بالتحول Transference والذي يعد من أهم أسس العلاج بالدراما والذي لا يقتصر على لعب الأطفال فقط، بل موجود أيضاً في العلاج الشعبي والعلاج بالسحر وتحضير الأرواح وفي الأحلام والخيالات وفي البروفات والتدريبات المسرحية وفي جلسات العلاج النفسي.

والتشخيص هو عملية درامية تعمل من خلال مستويين، مستوى واقع الحياة اليومية ومستوى الواقع المستحضر أو المشخص والذي يتحول فيه الممثل / المريض إلى الشخص الآخر ذو الوقائع الدالة ومن خلال تشخيص المريض، للواقع الحياتي بأشخاصه وعلاقاته مع ذاته والآخرين. واستحضارهم عن طريق خياله في هذا الواقع المستحضر أو المشخص، يمكن أن نفهم بشكل أفضل طبيعة واقعة الحقيقي، ورغباته ومعوقاته، ونحاول منها أن نساعده على إعادة ترتيب الأجزاء داخل البيئة الواقعية الحياتية له. تماماً كما نستطيع أن نفهم من لعب الطفل الإيهامي. رغباته واحتياجاته ومعوقاته. (كمال الدين حسين، مرجع سابق).

والدراما تعتمد على لعب الأدوار ومدى ملاحظة الإنسان للاستجابات الإنفعالية للآخرين، ومحاولة محاكاتهم من خلال مدى معرفة ما يشعرون به وكيف يستجيبون لموقف ما. وبذلك يكون الفعل الدرامي نتيجة مباشرة للرغبة في التعبير عن المعرفة وكيفية الإحساس بما يشعر به الآخرون، ومحاولة تقليدهم، وكأن

الشخص (المؤدي) يعيش في ثياب شخص آخر، حيث أن الدراما هنا في انفصال للذات (المؤدي) عن ذاته إلى ما هو غير ذاتي (الدور الذي يلعبه)، في مكان وزمان معينين. فليس بالضرورة أن تكون المحاكاة مرتبطة أيضاً بالزمن والمكان الواقعي. ذلك أن لعب الأدوار يعتمد على تحويل الواقع إلى واقع درامي خاص به دون الارتباط بالواقع الأصلي للخبرة التي تحاكي. فالطفل الذي يلعب مع دميته ويعطيها الشراب من زجاجة بلاستيكية فإنه يحاكي واقع، لكنه نقله إلى مكان وزمان آخرين لا وجود لهما إلا في مخيلته. فقد يتم ذلك في المساء بينما ميعاد الرضعة الأصلي في الصباح، وقد يقلد الطفل وهو يلعب في الحديقة تصرف ما تقوم به الأم في المطبخ مثلاً، إذاً فالفعل الدرامي يتضمن زمانين ومكانين، زمن ومكان واقعي وزمن ومكان متخيل وما بين الاثنين يعرف بالمسافة الدرامية وهي المسافة التي تسمح للشخص، سواء أكان ممثلاً أو مشاهداً بالتحرك للخلف وللأمام بين مستويين، مستوى موضوعي (واقعي) ومستوى ذاتي (متخيل).

هذه المسافة تظهر بوضوح في المسرح، فالعرض المسرحي هو خبرة مباشرة تتم في زمان ومكان متخيلتين، يؤدي فيها الممثلين أدوار لشخصيات أخرى كانت تعيش أو تعيش الآن في أماكن أخرى وأوقات أخرى. ونحن كمشاهدين لعرض مسرحي نجلس أمام الممثلين ومازال تلك المسافة أو العزلة بيننا وبينهم قائمة، لكن بمجرد أن نتوحد مع الشخصيات التي يمثلونها فإننا يمكن أن نتقبل أن شئ حتى انتسابنا كبشر إلى تلك المخلوقات الخرافية، إننا من خلال هذا التوحد نوسع من مجالات وجودنا، أما بالنسبة للممثلين فإنهم لا يصلوا إلى هذا التوحد بمعنى أنهم لا يتحولوا أو يصيروا تلك الشخصيات التي يمثلونها، لكنهم بقدراتهم وخبراتهم يستطيعوا أن يفسروها ويجسدوها من خلال أبعاد الأدوار الموجودة في النص أو الموقف الدرامي. بمعنى آخر أن الممثلين في المسرح ومن خلال المسافة الجمالية أو الدرامية يمروا بخبرة الانتقال ما بين الواقع الموضوعي والواقع الذاتي.

أما في العلاج بالدراما، فإنه من خلال تعامل المريض مع قصة أو أسطورة، أو نص درامي، يصبح أكثر بعداً عن مشكلته الخاصة، يصبح في بعض الأحيان مراقباً

لها، وهذا يسهل له الفهم والاستبصار من خلال ما تحققه المسافة الدرامية، هذه بالتجوال السريع ما بين الواقع الذاتي والموضوعي، ما بين العالم الرحب Macrosmos إلى عالمه الضيق Microsmos .

ويساعد كل من المعالج / المخرج والتدريبات والجلسات العلاجية على وجود هذه المسافة وتوظيفها بشكل جيد يحقق الهدف منها وهو خلق توازن ما بين الواقع والخيال، وتحقيق الاستبصار والفهم للمشكلة النفسية أو الاجتماعية التي يتعرض لها المريض.

فإن كان المخرج المسرحي كما يقول عنه بيتر بروك "أنه عامل مساعد، يعمل على مساعدة الممثلين على أداء الدور من خلال الفهم والتفسير للشخصية التي يتدربوا عليها، ثم يعرضوها أخيراً على الجماهير، فيكون المعالج الدرامي كما يقول Steve Mitchil (1995): "هو عامل مساعد أيضاً لكنه يساعد المريض على تحويل مشاكل الحياة اليومية إلى واقع مسرحي أو درامي، ليتعرف من خلاله على الصورة المناسبة للموقف والشخصيات، ويجسدها معرفياً وانفعالياً من خلال فهمه لها والذي ساعده المعالج على إدراكه، وبذلكط يسهل من عودة المريض إلى واقع الحياة اليومية من خلال ذلك الفهم والمعرفة".

أما بالنسبة لجلسات العلاج وتدريبات الممثل، فيقول مالدوم Meldum (1993) "إن التدريبات المسرحية أو البروفات، وكذلك الجلسات العلاجية، تتيح للمرضى / الممثلين ، الفرصة لاستخدام قدراتهم الفيزيقية لينموا ويطوروا من تشخيصهم للأدوار، وأن يشاركوا أيضاً بقدراتهم العقلية في ذلك، ومن خلال الإسقاطات والمجاز والاستعارة، والرمز يمكن للمرضى أن يعبروا عن أنفسهم ، بأجسادهم، وأصواتهم حسب مشاعرهم ورغباتهم، التي يسقطونها من خلال الأداء الدرامي أو التمثيلي للأدوار التي يمثلونها.

إذاً فالمسافة الدرامية أو الجمالية هنا تساعد المعالجين بالدراما من خلال مفهومين مفهوم البعد المسافي والأساليب الإسقاطية. وسنحاول التعرض لهما بإيجاز:

أ- البعد المسافي Distancing

البعد المسافي باختصار هو وسيلة يلجأ إليها الإنسان للانفصال أو البعد الشخصي عن الآخر، أو للاقتراب والالتصاق بالآخر، وتمتاز كافة العلاقات الإنسانية بوجود درجات من البعد المسافي هذا، وعموماً في حالات السواء لابد من وجود حالة من التوازن بين الحالتين، الابتعاد والاقتراب. ويمكن للشخص أن يتحكم فيهما. وهذه المسافة قد تكون فيزيقية كالحفاظ على مسافة من عدة أقدام بعيداً عن الآخر. أثناء المواجهة الحوارية، (التحاور)، كما قد تكون انفعالية، كما في اختيار التعاطف تجاه رأي الآخر، أو تكون المسافة عقلية، كما في اختيار التحليل بدلاً من التعاطف مع مشاكل الآخر، وغالباً ما تكون هذه المسافة مزيج متداخل من المسافات الفيزيقية والانفعالية والعقلية.

والمسافة هذه لا تعني فقط العلاقة بين شخص وآخر ولكنها أيضاً ظاهرة نفسية، قد تتجسد في الشخص الواحد، كتوحد الفرد بشكل كبير ببعض الأدوار التي يلعبها، وانفصاله عن أدوار أخرى، فالشخص قد يتوحد بقوة بدوره المهني مثلاً، لكنه قد يعزل نفسه عن أحد الأدوار العائلية كإبن أو زوج، وهذا يظهر لدى البعض الذين يبدون الحيوية والإيجابية في العمل والسلبية في المنزل.

ويستخدم مفهوم البعد المسافي أو المسافة هذا، في العلاج الدرامي يشكل كبير. حيث يقوم المعالج بتحديد مدى كبير من التقنيات الدرامية والإسقاطية التي توظف داخل مواقف متنوعة من العلاقات بين الذات والدور، والذات والآخر، ومن الوسائط التي يمكن الاستعانة بها هنا – العرائس والأقنعة – والتي تساعد على خلق المسافة من جهة وتحقيق الإسقاط من جهة أخرى.

ويعتمد المعالج الدرامي على هذه المسافة، في فحص العلاقات الجدلية ما بين الممثل والمشاهد، أو النفس والدور، وما بين دور وآخر، وذلك من خلال اكتشافه لدرجة الانفصال أو الاقتراب، داخل هذه العلاقة ، التي يحقق من خلالها المعالج أهدافه، والتي تتضمن إكساب المريض القدرة على التمييز ما بين الأدوار للحصول على مزيد من السيطرة على دور ما. أو من أجل أن يحد من تسلط دور ما. بمعنى

ادق أن يساعد المرضى على التفرقة بين السلوك المناسب لذواتهم، والسلوك المناسب للآخرين. هذا بجانب مساعدة المريض على إيجاد التوازن المناسب بين المشاركة في الفعل الدرامي، وملاحظة الفعل بمعنى التوازن ما بين الذات كموضوع، والذات كهدف.

ب- الأساليب الإسقاطية :

يساعد على وجود مفهوم المسافة أو البعد المسافي ما يعرف بالأساليب الإسقاطية فعندما يلعب المريض، بالدمي أو العرائس أو المجسمات، أو يرتدي قناع أو يضع مكياج على وجهه، فإنه أولاً ينفصل بشكل واضح عن ذاته، ومع ذلك فإن الجانب غير الذاتي (القناع أو العروسة) يتعلق به بعض من خصائص الذات، التي يمكن ملاحظتها بسهولة من خلال الإسقاط.

فالقناع وغيره من الوسائل التي تساعد على تحقيق المسافة الدرامية هنا، يحقق أيضاً حداً من الأمان للمريض، يتحرك خلاله وكأنه ليس ذاته، لكن سرعان ما يبدأ في تمثيل ذاته وحياته، لكنها تكون هنا حياة العروسة أو الدمية، أو القناع لكن باسم آخر، وفي موقف آخر، وهنا يسعى المعالج من خلال الأساليب الإسقاطية في تحقيق التوازن النفسي المناسب للمريض، ويخلق اللحظة الجدلية المناسبة للتفكير والانفعال، بين الفعل المتخيل والفعل المنعكس.

إن استخدام العرائس والدمي وغيرها من الأساليب الإسقاطية، تساعد المعالج على استخدم الجدل المتبادل الذي يعتمد عليه تماماً الإبداع المسرحي: فالممثل على المسرح هو واقع وخيال في نفس الوقت. هو شخص وقناع، وهو موجود في فراغ مكون من غرفة حقيقية وسلسلة من المسطحات والستائر ذات البعدين، وهو يتعامل مع أشياء تبدو حقيقية، لكنها معدات مسرحية مزيفة، أن المفهوم الغامض بأن العروسة هي حقيقة وزيف في نفس الوقت هو عنصر المسافة أو البعد المسافي الضروري لوجود المواقف الدرامية العلاجية. ووظيفة المعالج هنا، هي مساعدة الأطفال / المرضى على زيادة أو تقليص هذه المسافة من أجل أن يتحركوا تجاه الفهم والتغير.

والعلاقة التي تشير إليها هنا بين العرض أو فن المسرح وفن العلاج بالدراما، ليست علاقة جديدة أو مستغربة ، لأن هناك تداخل بين هاذين الفنيين، فعلى المستوى الاصطلاحي غالباً ما يستخدم المعالج ورجل المسرح نفس اللغة. فالدور Role على سبيل المثال هو مصطلح مشترك سواء إن كان يدل على مشهد أو شخصية في المسرح أو كعامل مساعد لتحديد الذات كما يوظفه علماء النفس والاجتماع. هناك أيضاً مفهوم القناع Mask والذي عرفه المسرح من الطقوس العقائدية في المجتمعات القديمة، والذي يستخدمه المعالجين النفسيين لوصف الاختلاف في السلوك والأدوار استجابة لظروف اجتماعية معينة، وما مفهوم الـ Persona عند يونج إلا مرادفاً للقناع.

هناك أيضاً التطهير Catharsis والذي اعتبره أرسطو الوظيفة الأساسية للمسرح، وكيف أثر هذا المفهوم على فرويد مؤسس التحليل النفسي ومورينو مؤسس السيكودراما.

كما تأثر علماء النفس بالعديد من الإبداعات الفنية الدرامية، واعتبروها نماذج دقيقة لكثير من التركيبات النفسية البشرية وما يصيبها من إضطرابات نفسية أو اجتماعية ، "ولدينا عقدة أوديب وأليكترا" التي أشار إليها فرويد استناداً على مسرحيتين يونانيتين هما أوديب ملكا واليكترا.

ويقول أنطوان آرتوا Antonin Artaud عن الدور التطهيري للمسرح "إن المسرح يهدئ من الصراعات، ويفصل القوى المتصارعة داخل النفس.. ففعل المسرح مثل فعل الكوارث، ويساعد الشخص أو الأشخاص على رؤية ومعرفة أنفسهم وذواتهم كما هي، فهو يساعد على سقوط الأقنعة، ويكشف الكذب والرياء الموجود في العالم".

والمكاشفة هذه هي واحد من الأهداف التي يسعى غليها المسرحيون والمعالجون النفسيون مع الأهداف المعرفية والعيانية والاستبصار، والأهداف الوجدانية والاهتمام بالمشاعر، والتعبير بالسلوك عن المشاعر والانفعالات.

وأخيراً نجد أن عمل المعالج النفسي يشبه إلى حد كبير عمل المخرج المسرحي،

فالمعالج النفسي يحاول مساعدة المريض على تجسيد حياته اليومية من خلال التذكر، وإعادة الأداء للأحداث، والمواقف حتى أن من يمارسون العلاج بالسيكودراما من المعالجين النفسيين يفضلون أن يلقبوا بالمخرج، ويستخدمون في أعمالهم تقنيات الارتجال ولعب الأدوار، وبعض تقنيات إعداد الممثل.

يعتمد العلاج بالدراما على ما يعرف بالموقف الدرامي الذي يقوم المعالج بإعداده درامياً Dramatization بعد أن يختاره من مصدره، في شكل موقف تمثيلي أو درامي، حتى يتيح للمريض فرصة المشاركة في أداء أو تجسيد هذه المواقف مستخدماً الصور الخارجية المحيطة به في المواقف الدرامي، والصور والداخلية التي يستحضرها من الذاكرة، ليستخرج بها ذلك الجانب المشكل في حياتهن ووجوده، ويتعرف من خلالها على أسباب مشكلته، وقد تأخر هذه الصور شكل شخصية ما، أو علاقة ما، أو أي شئ يكون قد أثر في واقع المريض. والذي يعبر عنها خلال أدائه بالحركة والصوت والمونولوج الحواري. وقد يكون هذا الموقف مكتوب أو معد لممثل واحد أو لمجموعة من الممثلين.

وتعتبر Sue Jenning من أهم المعالجين بالدراما الذين قاموا بتفسير العلاقة بين تقنيات العرض المسرحي والعلاج بالدراما، بل بناء على فهمها الحقيقي للقدرة العلاجية للدراما والمسرح، أقامت منهجاً حقيقياً للعلاج بالدراما، ومن أهم المفاهيم التي اعتمدت عليها في عملها العلاجي، مفهوم المسافة الدرامية، أو المسافة الجمالية Dramatic or Aesthetic distance. والتي تسمح من خلال المفارقة من تعميق الخبرة بالواقع، ويستفاد من وجود هذه المسافة التي تسمح بالتجوال ما بين الواقع والخيال في العلاج بالدراما، عنها في السيكودراما. بمعنى أنه في السيكودراما يتعامل المريض مباشرة مع المادة الخاصة به أي يكون أكثر التصاقاً وقرباً من واقعة أي تقل هذه المسافة أو تنعدم.

2- العلاج باللعب :

اللعب هو لغة الطفل الرمزية للتعبير عن الذات. فمن خلال تعامله مع

اللعب يمكن أن نفهم عنه الكثير. فالطفل يكشف عن نفسه أثناء اللعب أكثر مما تعبر الكلمات. فهو يكشف عن مشاعره بالنسبة لنفسه وبالنسبة للأشخاص المهمين في حياته.

- إن سلوك الطفل أثناء التفاعل يعطي فكرة عن مدى ثقته في نفسه أوطريقته في استخدام أدوات اللعب يمكن أن تبين قدرته على التعبير عن انفعالاته.
- أن كل ما يفعله الطفل أو يقوله في غرفة اللعب له معنى ودلالة في إطاره المرجعي للذات.
- وتتوقف قيمة اللعب والأنشطة على مدى مساهمتها في تحقيق العمليات المساعدة على العلاج وهي :

1- تسهيل إقامة علاقة علاجية مع الطفل.
2- إثارة وتشجيع التفريغ الانفعالي (التنفيس).
3- المساعدة في تنمية الاستبصار.
4- إتاحة الفرص لاختبار الواقع.
5- تهيئة الظروف المساعدة على التسامي.

أولاً : إقامة علاقة علاجية مع الطفل :

- من الممكن إقامة علاقة اجتماعية مرنة ومن الممكن الاحتفاظ بهذه العلاقة إذا فهم المعالج معنى ألعاب الطفل دون أن يسأل عن مقصد الطفل مما يقوم به من نشاط.
- تعتبر الدمي التي تمثل الأسرة من أب وأم واخوة عوامل مساعدة في فهم الطفل وفي إقامة علاقة علاجية معه.
- ومن الألعاب المستحبة أيضاً تلك الألعاب التي يشترك فيها اثنان. مثل لعبة السلم والثعبان فهذه الألعاب تساعد الطفل الخائف المرتبك على الدخول في علاقات ودودة مع الغير.

- وليس من الأفضل أن تملأ الحجرة بالعديد من الأدوات حتى لا يتشتت انتباه الطفل نحوها. وينصرف عن التفاعل مع باقي الأطفال.

ثانياً : المساعدة على التنفيس

- لا تساعد كل اللعب على إخراج كل ما عند الطفل من مشاعر فبعضها يشجع على التعبير عن احتياجاته ومشكلاته وبعضها يعوق ويحد التعبير.
- ويعتبر الرسم والتلوين من الأنشطة التي تساعد على إثارة مجموعة من المشاعر فهي تثير وتشجع الأطفال على رسم وتصوير موضوعات معينة وعلى سكب الألوان على ملابسهم أو على الآخرين.

ويلي ذلك سلسلة من السلوك النشط مثل التنظيف والإنهماك في حوار مع الآخرين وتتوالى سلسلة من الانفعالات تبدأ بالشكوى والاعتذار والحذر والاحتجاج. ويؤدي لإخراج المزيد من هذه المشاعر تزويد الحجرة بحوض صغير به ماء.

ثالثاً : العلاج باللعب يُكسب الاستبصار

- في العلاج الجماعي باللعب يستطيع الأطفال إعادة تقييم سلوكهم على ضوء استجابات الأقران في مجموعة اللعب.
- يكتسبون قدراً كبيراً من الوعي بالذات.
- يستطيعون مواجهة المشكلات من خلال مواقف اللعب الشبيهة.

رابعاً : العلاج الجماعي باللعب يزيد فرص اختبار الواقع :

- يتميز العلاج الجماعي باللعب عن غيره من أنواع العلاج النفسي بأنه يوفر فرصاً اجتماعية ملموسة لاكتشاف الطرق الجديدة للتعامل المقبول.
- والمجموعة أيضاً تسمح للأطفال أن يتعرفوا على الواقع الخارجي يوصفه أمراً يرضيهم ويساعدهم في التغلب على متاعبهم.
- وفي الجماعات العلاجية يتعرض الأطفال لنوع جديد من العلاقات الوثيقة.

- وفي ظل الجو العلاجي الآمن فإن الأطفال يمكنهم أن يواجهوا بعضهم البعض بأمانة وصدق ويخبروا بعلاقات انفعالية وثيقة مع الآخرين.

خامساً : العلاج الجماعي باللعب ينمي التسامي :

- من بين أهداف العلاج النفسي للأطفال المساعدة على تنمية التسامي الذي يتفق مع مستويات المجتمع وتوقعاته.
- وأن القدرة على قبول بعض الدوافع الفطرية وكتب القليل منها وإعلاء الكثير منها هي دلالة على النضوج النفسي.
- يقدم العلاج الجماعي للأطفال قدراً أكبر من أنشطة التسامي مما يقدم العلاج الفردي باللعب.

وخلال المرحلة الأولى من العلاج يميل الطفل عادة إلى إزاحة العداء نحو زملاء الجماعة والمعالج.

فيهاجمون بعضهم البعض وبتقدم العلاج يحل التسامي محل الإزاحة فيصبح اللعب بنائياً أكثر من أن يكون نشاطاً تخريبياً.

مثال ذلك :-

- أن يحل التصويب الجماعي نحو الأهداف محل مهاجمة الأطفال بعضهم لبعض وأن يقوم الأطفال بتلوين الصور بدلاً من سكب الألوان.
- كذلك يحل التنافس بي بناء البيوت محل إلقاء المكعبات.
- مثل هذا النشاط التنافسي الذي يكتسب في غرفة اللعب الآمنة تؤدي في نهاية الأمر إلى تقليل التنافس بين الأخوة في منازلهم.

ما هي المشكلات التي يُجدي معها العلاج باللعب :

- الأطفال الانسحابيون والانطوائيون الذين يعجزون عن التعبير عن مشاعر الحب أو الاندماج مع الآخرين. مثل هذا النوع تحتاج إلى جماعة لعب تخرجه عن خجله وعزلته ومن خلال ممارسة الألعاب الجماعية يتعرف على ذاته والآخرين.

- الأطفال الذين يتمتعون بحماية زائدة يكونون غير قادرين على مواجهة الإحباط أو المشاركة في الألعاب وينقصهم التعاون.
- الأطفال الذين يدعون مهارات وهمية : تتسم هذه الفئة بالنظافة والنظام والرغبة الشديدة في إراحة الآخرين ولو كان على حساب راحتهم وهؤلاء يبذلون جهداً كبيراً في صرف العدوان وتحويله إلى مظاهر خلقية طيبة فيها إرضاء للآخرين دون اعتراف باحتياجاتهم الذاتية والسمة الرئيسية لهم هي الاستسلام.
- الأطفال الذين يعانون من الخوف (الحيوانات - القذارة) أو الذين يلجأون للهرب من المواقف الجماعية.
- الأطفال المخنثون : الذين يميلون إلى التصرف بضعف واستسلام وافتقاد الأدوار المتوقعة من الذكور، ويعجزون عن الاختلاط بحرية مع الذكور أو عن المشاركة معهم.

3- العلاج بالسيكودراما Psychodrama Therapy :

اعتمد منهج السيكودراما في العلاج النفسي على اكتشافات فرويد وأتباعه لجوانب اللاشعور، وظهورها في المواقف الدرامية التلقائية، ويختلف العلاج عند مورينو عنه عن فرويد (في التحليل النفسي). في أن مدخل العلاج الجماعي بجلسات السيكودراما يعتمد على وجود جماعة من المرضى يشتركون في بعض الأعراض، ويتم علاجهم بشكل جماعي، أما في التحليل النفسي فيتم العلاج بشكل فردي.

النقطة الثانية أن مورينو في السيكودراما، يعتمد على ما يشبه خشبة المسرح في أداء الجماعة، بعكس التحليل النفسي الذي يعتمد على التداعي الحر للمريض وهو على سرير المعالج.

الرافد الثاني الذي اعتمد عليه مورينو في تطوير نظريته في السيكودراما جاء من فهن المسرح، ونظرياته خاصة نظرية التطهير الأرسطي، وأهميتها هنا بالنسبة للمؤدين والمشاهدين.

وكما يتم التجريب العلمي في المعمل وفي جو آمن، فإن العلاج في السيكودراما يجب أن يتم في بيئة آمنة يمكن التحكم فيها، وكما يشير مورينو، فمن الأفضل أن يتم تعبير المرضى عن مشكلاتهم، في مواقف شبه معملية لتجنب أي أخطار قد يتعرضوا لها، وله مقولة شهيرة هنا تقول "إن وظيفة الدور تركز على الوصول إلى اللاشعور من العالم الداخلي، وتقدم له أشكال ونظم داخلية يمكن تطبيقها في العمل الدرامي الذي سيناقشها". فالدراما كما يراها هي الطريقة الممكنة لتغير الأفراد داخل مواقف إنسانية معقدة.

وتعتمد القاعدة الأساسية في العلاج بالسيكودراما على مفهوم الدور، وتوزيع الأدوار في الموقف الدرامي العلاجي بين المرضى الذين يقومون بأدوار، البطل Protogonist صاحب المشكلة الرئيسية والتي قد تكون فردية أو جماعية ، والأدوات المساعدة auxiliaryegos، وهم باقي أفراد المجموعة الذين يقومون بأداء أدوار في نفس الموقف يساعدون من خلالها البطل على اكتشاف دوافع مشكلته، ثم المخرج director وهو المعالج الرئيسي.

أما جلسات العلاج بالسيكودراما، فيمكن أن تتم في أي مكان يوجد به المرضى، في منزل خاص، مستشفى، فصل دراسي... الخ، فهي تقيم معملها أو مسرحها في أي مكان. وأفضل الأماكن هو المكان الذي يوجد به مسرحاً.

وعموماً، فإن الفكرة أو المشكلة التي سيبني عليها الموقف الدرامي، سواء أكانت فرجية أو جماعية، هي عبارة عن خبرة للمشاركين تؤدي بشكل رمزي درامي أما المشاركين فيفضل أن يعبروا في آدائهم عن مخاوفهم بشكل تلقائي، ويقوم المخرج بما يعرف بإبدال الأدوار، من فترة لأخرى، لأن تكرار الفكرة يكون له فائدة علاجية هامة.

بعد أن تعرفنا على أهم منهجين يوظفا الدراما وتقنيات المسرح في تعديل السلوك سنحاول أن نتعرف على العناصر الدرامية والمسرحية المشتركة بينهما والتي تساعد على تحقيق هدف كلمنهما، وأوجه الاختلاف والتشابه في توظيفها.

أولاً : التطهير Catharsis :

وهو واحد من أهداف المسرح التي أشار إليها أرسطو كما سبق القول في كتابة فن الشعر. أما في مجال السيكودراما فقد وظف مورينو التطهير، كجزء من عملية العلاج بالسيكودراما لكل من البطل والمشاهد، فعند مورينو وبخلاف أرسطو: يكون التطهير الذي يحدث للممثل أو البطل Protagonist، محور اهتمام المعالج بصرف النظر عن الخبرات الانفعالية الخاصة التي قد تحدث تطهيراً للمشاهد، خلال المشاركة في أداء الموقف. وهنا وكما قال Kipper فإن مورينو يصف نوعين من التطهير، هما التطهير بالفعل action catharsis والذي يحدث للبطل، والتطهير بالاحتواء catharsis Integration والذي يحدث بفعل ميكانيزم التوحد Identification للمشاهد. وقد استفاد مورينو هنا بتطهير أخر، من عقائد الشرق الأقصى وهو التطهير الفيزيقي، الذي يلجأ إليه القديسين، ليطهروا ذواتهم وينقذوا أنفسهم، ببذل مزيداً من الجهد. وهو التطهير الناتج عن الفعل والذي أعتمد عليه مورينو لشفاء أبطاله، وهو ما قال عنه التطهير بالفعل، فإن كان التطهير اليوناني يخص المشاهد، ففي التطهير العقائدي، يتم التطهير للمؤدي وحياته العقلية.

جانب آخر هام هنا وهو أهمية المشاركة في إحداث التطهير، فالتطهير لا يتم بين الفرد وذاته، بل يجب أن يكون من خلال سياق اجتماعي يجمع شخصين أو أكثر. فالعلاقات الاجتماعية والأدوار المتفاعلة بما تثيره من قضايا ومناقشات بين الأفراد، وتدفعهم لاكتشاف دوافعهم. سواء في موقف واقعي أو متخيل أو فانتازي، جميعها تساعد على تحقيق التطهير بالاحتواء، والوسيط الأمثل هذا هو الدراما.

وعند المعالجين بالسيكودراما، لا يهم المغالاة في إظهار الحزن أو الغضب. حتى يحدث التطهير، ذلك أن أي تغير في تعبيرات الوجه أو الجسم قد يدل على رد الفعل التطهيري. وتكون له قيمة عند البطل، والتطهير في هذا المنهج ليس هدفاً في ذاته، ولكنه وسيلة للوصول إلى النهاية، والتي تتبلور في اكتساب المريض مفهوماً جديداً للحياة يتعامل من خلاله بشكل مخالف لما أعتاد عليه سابقاً في نفس المواقف. وقد يرى بعض المعالجين بالسيكودراما أن التطهير ليس ضرورياً في كل الأحوال.

لكن هذا لا يقلل من أهمية هذا الأسلوب العلاجي. أما في العلاج بالدراما فنجد أن التطهير الانفعالي أقل أهمية عنه عند مورينو في السيكودراما.

ثانياً : المجاز Metaphor :

تفترض Jayne's أن المجاز هو وسيلة لفهم شئ غير مألوف بإبداله بين أكثر الفة، ومعنى ذلك أننا نصف ونفسر مالا يمكن تفسيره، بما نعرفه حتى نشعر بالفهم".

اعتمد المسرح على المجاز بشكل كبير لطرح العديد من القضايا، خاصة فيما يتعلق بالأمور غير المدركة في محاولة لفهمها وتفسيرها، ومثال على ذلك مسرحية "أوديب ملكاً" Oedipus Rex لسوفوكليس، والتي ركزت على أفعال البطل المأسوي، قبل أن تقدم أي تفسير مقبول لأفعاله. ومن خلال سير المسرحية في حبكتها التي تعتبر نموذجاً للمسرحيات الإغريقية، نرى ماضي وحاضر البطل في نفس اللحظة، ونفهم كل منهما على ضوء الأخر، وعندما يصل بحث أوديب إلى النهاية، نجد أنه وهو البطل الذي أنقذ المدينة من المخاطر، يدرك في نفس اللحظة مدى ذنبه، ويعرف Fergusson 1968 هذه العملية "بالإيقاع المأسوي للفعل Tragic Rythem of Action، وهي عملية تعليمية عامة، تشبه ما يجري في العلاج النفسي، وتشبه أيضاً إيقاظ الأحداث المكبوتة في التحليل النفسي، هي عملية حل المشكلة الشخصية، واكتساب المعرفة، واختبار الفروض، حول طبيعة الواقع، وفي نفس الوقت توسع من منظور الإنسان للعالم باستخدام المجاز.

ويقول (Knoy 1960) أن النظام المجازي في أوديب ملكاً، كان يعبر عن الصراع بين الجهل والمعرفة، بين كف البصر والبصيرة، ذلك الصراع الذي جرى مثل خيط رفيع من خلال بحث أوديب عن الحقيقة المحيرة لروحه فواقع أوديب كان مجازاً لتفسير عالم النفس المجهول من أجل فهمه ومعرفته.

هذا هو المجاز الذي لجأ إليه المسرح الأغريقي ليكتشف رؤية العالم من خلال تشبيه الأشياء غير المألوفة بأخرى مألوفة من أجل الكشف عنها وفهمها.

والعلاج بالدراما يستخدم التمثيل المجازي أيضاً، ليعبر عن القيمة غير المدركة

في الخبرة الإنسانية، ليصبح الفعل أكثر فهماً، ذلك أن الدراما كما يقول بولتون (Bolton 1979) هي مجاز، والأثنين مترادفين. ويصف خبرة (أن هذا يحدث لي الآن) كوظيفة للمسرحية الدرامية، وبالتأكيد فإن عامل (as if) (كما لو كان) هو عامل مشترك في كل من الدراما، والسيكودراما والعلاج بالدراما، وهو تفسير للمجاز الذي يختلف في كل منهما (I-265).

ففي العلاج بالسيكودراما، يشكل استخدام (مساحة التمثيل) التي تشبه خشبة المسرح، الجانب المجازي في العملية، ذلك أن هذه المساحة، تشير إلى وجود المشاهدين، والذين يمحكن من خلال توظيف مبدأ الأرجاء المؤقت للشك Suspension of disbelif ، الذي يعتبر من أهم عناصر توظيف المجاز، حيث يعرف المشاهدون جيداً أن ما يتم أمامهم في مساحة المسرح، لم يحدث في الواقع (لا هنا ولا الآن) (Not here not now) ومع ذلك يتقبلوا ما يقدم لهم ويعتقدوا فيه باعتباره واقع.

وإن كان العلاج بالدراما لا يستخدم مساحة التمثيل أو خشبة المسرح إلا أن الحدث هنا، قد يتناول قضية ما، يفجرها أحد أفراد الجماعة، وتساعده المجموعة من خلال تقنيات الارتجال ولعب الأدوار على خلق موقف استعاري أو مجازي حول مشكلته الفردية. المهم هنا أنه يتم اختيار موقف مرتجل، وارتجال الحوار المناسب، والأدوار المناسبة، ليكون بمثابة مجاز للموقف أو معادلاً استعارياً للقضية الأساسية، وليس بالضرورة هنا تفسير المجاز أو الاستعارة المستخدمة في الموقف، كما لا يفضل أن يقوم المعالج بتفسير العلاقة بين المجاز والقضية الأساسية أو يسمح حتى لبعض الأفراد بأن يعلقوا على هذا التشابه، بعكس السيكودراما، حيث من المهم أن تعرف المجموعة على المجاز وتفسيره، ويجب على من يقوم بالدور المساعد أن يفسر علاقة الدور الذي يلعبه بالخبرة المستعارة بشكل تام. ومن المهم أيضاً أن يسمح للمجموعة بأن تكون على وعي كبير بالمجاز، وأن يهتموا بما يعنيه هذا المجاز للأفراد، فذلك سيسر من فهم واكتشاف الموقف ودوافعه، إلا أنكان هنا عائق يمنع تحقيق التفسير مثل:

1- أن تكون المجموعة غير قادرة على تفسير المجاز لافتقارها لبعض القدرات العقلية التي تساعدهم في ذلك.

2- أن يكونوا غير قادرين على فهم عملية المجاز أساساً لخلطهم ما بين عالمهم الداخلي والخارجي.

وفي هذه الحالة، ولاحتياج العلاج بالسيكودراما إلى مستوى معين من المعرفة والفهم والمشاركة، يفضل استخدام العلاج بالدراما، لمثل هؤلاء الأفراد، لأن الفرق الأساسي بين العلاجين يأتي من أن المجاز في العلاج بالسيكودراما لابد أن يراه ويسمعه ويتعرف عليه المشارك، أما المجاز في العلاج بالدراما، فيتم الشعور به انفعالياً، ولا يلاحظ بشكل مباشر في العالم الخارجي. (كمال الدين حسين، مرجع سابق).

ثالثاً : الدور Role :

اقتبس مفهوم الدور من المسرح، وكان يقصد به الأسطر والكلمات التي ينطقها الممثل تبعاً للدور الذي سيقوم به، وكانت تكتب في لفائف ورقية "scroll"، ومن هنا جاء مصطلح الدور. ثم انفصل إلى علم الاجتماع حيث وظفه علماء الاجتماع لوصف مكانة الفرد في المجتمع، ويلعب الدور كمفهوم دوراً كبيراً في العلاج بالدراما أو السيكوردراما.

وقد وضح أهمية الدور بالنسبة للسيكودراما، فيما أولاه له مورينو من عناية، فمن خلال اهتمام مورينو بعلمي المسرح والاجتماع، طور من نظرية الدور لديه وحدد ثلاث أنواع للدور هي: الدور الجسمي somatic Role، مثل الرياضي، الشره، محب النوم، وهنا يتحدد الدور من خلال صفات فيزيقية أو جسمانية. وهي التي تشكل كما قال مورينو أولى خبراتنا بالدور.

ثم الدور السيكودرامي: وهي الأدوار ذات الصفات النفسية المرضية. مثل : البطل، نجم السينما، والتي تنمو داخل الخيال والفانتازيا وأخيراً الأدوار الاجتماعية: مثل المهن، أفراد الأسرة، الأصدقاء، وهي آخر ما يمكن التعرف عليه من أدوار.

ولما كانت الأدوار يتم تعلمها، وتعديلها، ومراجعتها أو التخلي عنها وفقدانها، أو تأكيدها، لذلك يرى مورينو أنها تفاعلية، وأن لمعظم الأدوار أدوار

مضادة توجد فقط ونشعر بها عندما يرتبط الدور بالأدوار الأخرى، مثل علاقة التلميذ بالدور المضاد للمعلم.

واعتماداً على ما قاله مورينو، فإنه كلما تعددت الأدوار التي يقوم بها الفرد، كلما زادت قيمة الحياة بالنسبة له، لذلك تعتمد السيكودراما على نظرية الدور، وتهدف إلى إعادة تقيم إدراك الفرد للأدوار التي يؤديها وتسود في حياته، من أجل خلق أدوار جديدة، أو التأكيد على السائد منها ويفسر (Benett 1977) الاحتياجات التي يتطلبها أداء الدور في :

- معرفة ما هو متوقع فمن الأداء للدور.
- المهارات اللازمة لأداء الدور.
- الدافعية اللازمة لأداء الدور.

ويقول "إن العلاج بالسيكودراما يحقق هذه الخبرات الثلاثة للفرد، ففي فعل السيكودراما، يستحضر البطل مشكلة موجودة، ولا يشترط أن يكون الدور فيها واضح أو محدد. ذلك يعتبر تحديد الدور مسئولية المخرج، الذي يعمل على تحديد دور البطل، والأدوار المساعدة، أو العشوائية، ومن خلال سلسلة من التدريبات على المشاركة في الأداء، يمكن إيداع الدور المناسب للمشهد".

وباكتشاف البطل من المشهد المؤدي لأبعاد الدور الذي يقوم به، يصبح قادراً إما على إعادة تقويم دوره الحالي، أو عند الضرورة، يخلق دوراً جديداً أكثر تأثيراً، ويجرب للوصول إلى ذلك أدواراً جديدة متنوعة، ويتعلم من خلال عملية التدريب على الدور، كيف يتعامل مع الدور بنجاح.

وإن كان Clayton (1994) يعيب على أسلوب (التدريب على الدور) تركيزه على دور واحد أو جانب واحد من الدور، حيث يقول "يمكن استخدام الفانتازيا أيضاً في السيكودراما في عملية الإحماء أو التهيئة للفعل، من خلال أدوار يعمل فيها البطل بشكل غير محدد، أو يعتمد على الأدوار الحقيقية التي يمارسها في حياته الواقعية".

أما عن الدور في العلاج بالدراما، فقد أبدع Landy نموذجا للدور الذي يؤديه المريض، ويعمل من خلاله بشكل كامل، من خلال أدائه لعدد من الأدوار الخيالية.

فهو يرى "أن القدرة العلاجية في الموقف العقلي The Stance للفـرد، يتحقـق من خلال وجود المفارقة أو التناقض Paradox ما بين أنا (me) ولست أنا (Not me) والتي توجد عند الممثل في المسرح، وعند المريض في الدور. وعلى ذلـك فـإن الحالـة العلاجية المثلى هي التي يعمل فيها المريض وهو في حالة (أكون) (ولا أكـون) أي في حالة تجمع ما بين الواقع والخيال".

كما يمكن للمريض هنا أن يعمل أيضاً من خلال دور محدد، وسوف تسمح له هذه العملية بفيض من المخرجات للدور، من خلال الانعكاس الذي يقوده للفهم.

وقد وصفت Meldrum (1994) عنـد حديثـها عـن منـهج الـدور في العـلاج بالدرامـا، ثلاثـة أنـواع للـدور: البيولوجـــي Biological، والمــهني Occupational، والاجتماعي Social وهي أقرب الشبه بتصنيفات مورينو.

أما عن مصادر هذه الأدوار في العلاج بالدراما فقد أوصت بتوظيف، الأنشطة الدرامية، ورواية القصة، ولعب الأدوار، والنصوص المسرحية، لمساعدة المرضى على التعرف على المزيـد مـن الأدوار، وأسـاليب السـلوك، ليوسـعوا مـن دائـرة الأدوار المضادة والسائدة عندهم.

وبجانب دور المريض في مناهج العلاج النفسي في هذا المجال، يكـون للمعـالج دوراً لا يقل أهمية وإن اختلف في كل من السيكودراما والعلاج بالدرامـا. فالمعـالج في السيكودراما يعرف بالمخرج director باعتباره الشخص الذي يملك شمولية رؤيـة الفعل، ويوجه البطل من خلال عملية السـيكودراما، كمـا لابـد أن يكـون لـه دوراً ملحوظاً أثناء العمل إما على خشبة المسرح (مساحة التخيل) أو بالقرب منـها، كمـا يكون مسئولاً عن العناصر الجمالية للعرض بجانب خبراته وقدراته العلاجية.

ويرى Yablolonsky (1981) أن المخرج هو المنسـق العـام والعـامل المسـاعد لكل ما يتم في جلسات العـلاج، بجـانب مشـاركته في الأداء بعـدد مـن الأدوار غـير

المحددة التي يمكنه القيام بها. والتي ترتبط بقدراته الخاصة، واحتياجات البطل والسياق الذي تتم فيه الجلسة، وهو أيضاً من يختار المساعدين ويحدد الأبطال.

وقد أعاد Kelleman (1992) النظر في بعض ما قاله مورينو حول الأدوار التي يمكن أن يقوم بها المعالج في جلسات السيكودراما. واقترح أن دور المخرج يتكون من عدد من الأدوار المرتبطة والمتداخلة كدور المحلل النفسي، والمنتج المسرحي، والمعالج، وقائد الجماعة، وهي أدوار واقعية ترتبط بطبيعة العلاج في السيكودراما، وتختلف عن دور المخرج بالمفهوم المسرحي.

أما المعالج الدرامي فيشبه دوره كما وصفته Landy (1992) بدور مدرب كرة السلة، الذي يساعد الفريق على الوصول لاستراتيجية تقودهم إلى المعرفة الفردية بالأدوار المنوط بهم أدائها (الاجتماعية هنا في العلاج بالدراما). كما أكدت على ضرورة وجود ما يعرف بالمسافة الجمالية أو الدرامية بين المعالج والمرضى، والتي تتحدد من خلال مفهوم التقارب أو التباعد في العلاقات الإنسانية. والحالة الأمثل للمعالج الدرامي، حالة التباعد مع درجة أقل في التشدد والذي يعرف به الأفراد المتباعدون، وتفضل الا يدخل المعالج في أدوار مسرحية مع المرضى، بمعنى أنه يجب أن يكون هناك توازن في العلاقة، مع وجود المسافة الجمالية، واختيار الأدوار التي تضع حدوداً واضحة بين المعالج والمريض.

وقد يتطلب الأمر في بعض الأحيان مشاركة المعالج في لعب الأدوار، لكنها يجب أن نفهم هنا في حدود أدوار ثلاث حددها Read Gohnson (1992) وهي:

- النفسي، وهو شكل تحولي (انتقالي).
- الدرامي، كشخصية في الدراما.
- والاجتماعي: كمعالج.

وحدد قائمة بالأدوار التي يمكن أن يشارك بها المعالج ومنها: "كمشاهد أو مرآة تعكس حالة الجماعة، مخرج، حكم جانبي (مراقب جانبي) موجه، وشامان أو كاهن. ويفترض أن يختار المعالج الأدوار والنماذج المتوافقة مع احتياجات، وقدرات، وحدود وسياق الجماعة.

نخلص من هذا إلى أن العلاج في السيكودراما يتطلب من المعالج تدخلا أكثر مباشرة في العلاج، أما في العلاج بالدراما فيسمح له بموقف أقل مباشرة، بمعنى أن مدخل العلاج في السيكودراما يركز أساساً على البطل (المريض). ويكون المخرج في موقف المسئول عن تحديد إطار المشهد، واقتراح توظيف المساعدين، والتأكد من وجود بعض الجماليات. توجيه وقيادة العمل، وتوفير البيئة الآمنة لكل المجموعة.

أما المعالج الدرامي، فلا يكون في مركز الفعل، وإن كان مسئولاً عن كل أحداثه، ويعمل على الجانب من مساحة الأداء، ومثالياً فإن المجموعة هي التي تقرر بناء الموقف وشكل الأداء وتطوره من خلال ارتجالها الخاص، وأفكارها التي تساعد على تدفق العمل، سواء عملت في شكل فردي أو جماعي، أما المعالج فدوره توفير البيئة الآمنة، والحفاظ على الحدود اللازمة للعمل، والمشاركة بأي دور يشعر بأنه أقل تدخلاً في الحدث. وكلما زاد فعل وأداء المجموعة، تقل مشاركته في الأدوار.

4- العلاج الواقعي :

يعد العلاج الواقعي أحد التيارات الحديثة في مجال العلاج النفسي، إذ ظهر أول كتاب في العلاج الواقعي لمؤلفه ومؤسس هذا التيار العلاجي وليم جلاسر Glasser، في عام 1965 بعنوان Reality therapy a new approach to psychiatry. يوضح جلاسر Glasser 1975، أن هذا النوع من العلاج، والذي يعتبر مختلفاً عن العلاجات التقليدية يقوم أصلاً على ضرورات ثلاثية يجب تعلمها وهي : الواقع، المسئولية، الصواب والخطأ.

ويسأل جلاسر "ما هو العيب في هؤلاء الذين يحتاجون علاجاً نفسياً؟" ثم يقدم الإجابة السريعة على هذا السؤال والتي تتضمن أنهم فشلوا في إشباع حاجاتهم ويقصد جلاسر بتلك الحاجات أنها الحاجات الإنسانية الأساسية والتي أهمها من وجهة نظره الحاجة إلى الانتماء، والحاجة للاحترام وتقدير الذات.

ثم نجد جلاسر يطرح سؤالاً آخر وهو : كيف يشبع الفرد هذه الحاجات؟ بشكل واقعي، وبمسؤولية تامة، وبطريقة صحيحة (صواب) ويذكر جلاسر : "لكي نكون

جديرين بالاحترام يجب أن نلتزم بمعيار سلوكي نرضى عنه". وكي نفعل ذلك يجب أن نتعلم أن نصحح أنفسنا عندما نرتكب الخطأ وأن نثيب أنفسنا إذا فعلنا الصواب، وإذا لم نقيم سلوكنا أو – بعد تقييمه – إذا لم نعمل على تحسينه، إذا جاء دون هذه المعايير، فإننا لن نشبع حاجاتنا لكي نكون جديرين بالاحترام، وسوف نعاني بشدة كما يحدث عندما نفشل في أن نحب أو أن نخطئ الحب. أن الأخلاقيات والمعايير والقيم، أو السلوك الصحيح والخاطئ، ترتبط كلها بشكل وثيق بإشباع حاجاتنا لتقدير الذات، وتعد جانباً ضرورياً في العلاج بالواقع". (محمد عبد الظاهر الطيب، 1981، ص85).

إن قوام العلاج بالواقع، يعني أن الكائنات البشرية تدخل في ترابطات، انفعالية لأن أداءهم قد كان ولا يزال منخفضاً للغاية.

وكما أوضح "وولتر هاستون كلارك" Walter Huston Clark فإن هدف هذا النمط من العلاج يهدف إلى زيادة الإنجاز، بينما أعتقد فرويد أن الإضطرابات النفسية تنشأ عندما يحدث تدخل ثقافي في إشباع الحاجات الغريزية البيولوجية للفرد، فإن جلاسر يرى أن المشكلة هي عجز أو فشل على المستوى البين شخصي، الاجتماعي في مجال قيام الفرد بوظائفه ويوضح جلاسر، أنه إذا ما استخدمنا العلاج الواقعي فليس هناك فرق جوهري في علاج المشكلات النفسية المتباينة. فعلاج الذهانيين يكاد يكون نفس علاج الجانحات المراهقات. لأن كل ما يلزم تشخيصه هو ما إذا كان المريض يعاني من انعدام المسئولية أو من مرض عضوي.

لذلك يفترض أن كل المشكلات النفسية متشابهة إلى حد كبير بل يتعدى ذلك إلى أن علاج هذه المشكلات متشابهة أيضاً حيث يعد جزء من العملية التربوية بصفة عامة وهكذا يتضح أن العلاج بالواقع يناسب مدرسي الفصول ويمكنهم تطبيقه بسهولة إلى جانب نشاطاتهم التربوية العادية.

ويوضح جلاسر نقطة مهمة للغاية وهي أن العلاج بالواقع ليس بالشئ الذي يجب أن يكون حكراً لقلة من المتخصصين المدربين تدريباً عالياً، بل أنه في متناول كل فرد بصورة سهلة وواضحة ويجب أن تكون ضرورية حيث أن دعائمه وركائزه هي أساس الحياة الاجتماعية الناجحة التي نرضاها في كل مجال.

أما المسئولية باعتبارها مفهوما استراتيجيا في العلاج بالواقع فإن جلاسر يعرفها بأنها قدرة الفرد على إشباع حاجاته بطريقة مقبولة. ويقوم الشخص المسئول بعمل ما يعطيه شعوراً بقيمة الذات وبأنه ذو قيمة بالنسبة للآخرين.

ويذكر جلاسر في هذا الشأن: أن الناس لا يسلكون بطريقة غير مسئولة لأنهم مرضى. إنهم مرضى لأنهم يسلكون بطريقة غير مسئولة.

لذلك فإن الشخص العصابي ليس في حاجة إلى الاستبصار والفهم والحرية بقدر ما هو في حاجة إلى الالتزام Commitment ويحسب هذه الطريقة في التفكير بصدد المسئولية. ما الذي يمكن أن يقال عن الأمانة والصدق والنزاهة؟ طالما يفترض المرء أن العصابي - بصفة نمطية - قد تعرض لتدريب زائد في مسائل أخلاقية، وأن حالته لا تتوقف بأية صورة على قرارات قد اتخذها بنفسه وأفعال قد قام بها. ولكنها تعد تعبيراً عن أشياء حلت به، عندئذ يستبعد احتمال دخوله الخداع في الصورة بأية صورة ذات دلالة. منطقياً وعملياً، ولكن إذا نظرنا للشخص الذي يزعم أنه مريض على أنه مسئول عن كثير من متاعبه، عندئذ يبدأ الخداع في الظهور بصورة بارزة للغاية، ولا يشمل هذا التيار العلاجي قدراً كبيراً من الإلحاح على ضرورة حمل الأشخاص الذين يتعرضون للعلاج الواقعي على أن يقولوا الحقيقة، ولكن المعالج نفسه يضرب مثلاً يحتذى في الصدق والنزاهة، ومن العسير أن نتصور أن يتعلم أي شخص أن يكون مسئولاً أو واقعياً بدون أن يكون أيضاً صادقاً، وفي الحقيقة فإن أي إنسان يمارس إعطاء الآخرين معلومات خاطئة. (وبذا يكون غير مسئول في تصرفاته). ينتهي به الأمر بالكذب على نفسه، بمعنى تبرير سلوكه الخاطئ وتقديم الأعذار عنه وعندما يحدث ذلك يبدأ في أن يكون غير واقعي، بأن يفقد اتصاله بالواقع.

ومن الجدير بالإشارة إليه أن هذا النوع من العلاج قد استخدم كعلاج فردي وأيضاً استخدم بفعالية كعلاج جماعي مثلما حدث في مدرسة فينتورا Ventura وكممارسات الهارينجتون Harington في مستشفى لوس انجلوس، وأيضاً ممارسات ويللارد. م. مينودر في واشنطن بل لقد أشار كل من مارس هذا النوع من العلاج في

صورته الجمعية إلى توضيح أنه يشجع تنمية المسئولية، والواقعية والنزاهة بمعدل أسرع مما يحدث في الصور التقليدية للعلاج الفردي.

وبالنسبة للمحور الأساسي الثاني للعلاج بالواقع وهو الواقعية فإن هذا المفهوم بالرغم من أهميته لنهج جلاسر إلا أنه في بعض جوانبه يصعب للغاية تحديده بصورة واضحة.

نظراً لأن كل المرضى يشتركون تقريباً في متغير الفشل في إشباع حاجاتهم بغض النظر عن نوعية السلوك الذي يختارونه: فكلهم ينكرون حقيقة العالم من حولهم فبعضهم ينكر قواعد المجتمع ويخرج على القانون، وبعضهم يدعى أن الناس يتآمرون ضدهم منكرين عدم احتمال مثل هذا السلوك، بينما يخشى بعضهم كثيراً من المواقف مثل التواجد في الأماكن مزدحمة أو الأماكن الضيقة ... إلخ.

إلا أنهم يعترفون صراحة بعدم عقلانية مخاوفهم. والكثير يدمنون الخموروالمخدرات لإخفاء مشاعر عدم كفائتهم، ولو أنهم تعلموا أن يسلكوا بطريقة مختلفة لما كان هناك أي داع لمثل هذا السلوك.

وكثيرون يقدمون على الانتحار بدلاً من مواجهة الحقيقة التي مؤداها أنهم بمقدورهم حل مشكلاتهم بسلوك أكثر مسئولية وواقعية. وسواء أبدى المرضى، إنكاراً جزئياً، أو إخفاء كاملاً للواقع كله، فإن إنكار بعض أو كل الواقع يعد عاملاً مشتركاً عند كل المرضى. وسوف يكون العلاج ناجحاً عندما يمكنهم الإقلاع عن إنكارهم للعالم وإدراك أن الواقع، ليس موجوداً فحسب، وإنما يجب أيضاً أن يشبعوا حاجاتهم ضمن إطار هذا الواقع.

وعلى المعالج ألا يتجاهل الواقع في تعامله مع مرضاه أو يسمح لهم بأن يبرروا فشلهم وتعاستهم بإلقاء اللوم على الآخرين.

إن موضوع ما هو واقعي وما هو غير واقعي يوجد بشكل ضمني وأساسي في العلاج بالواقع ككل "فيمكن من زاوية بعينها أن نقل كل خبرة هي واقع بصورة ما. ومن وجهة النظر الظاهرياتية Phenomenlogically لا يوجد بالتأكيد شئ "غير

واقعي فيما يتعلق بالسلوك المحظور، أو السلوك المنحرف، أو الإجرامي أو لنسق الحياة الكلي لأشخاص نسميهم عصابيين أو حتى ذهانيين فكل ما يحدث هو - الواقع - .

ومن ثم تكون الحاجة إلى مبدأ خاص بعينه أو بعد ما حتى يكون التمييز واضحاً بين الواقع واللاواقع.

وعلى وجه التحديد، يمكن وصف الفعل بأنه واقعي أو غير واقعي عندما تحدد نتائجه وتقارن سواء كانت نتائج قريبة أو نتائج بعيدة. فإذا كانت نتائج هذا الفعل تحقق درجة من الإشباع ذات معنى ومنفعة فإن هذا يعتبر واقعياً أما إذا كان الضرر والألم والمعاناة يحدث في نهاية الأمر كنتيجة لهذا الفعل فإنه يوصف بأنه غير واقعي، وبالتالي فإن الشخص الذي يتسم بالواقعية تكون لديه القدرة على الاختيار بحكمة بين هذين النمطين من السلوك وأيضاً تكون لديه القدرة على تقييم نتائج أفعاله بطريقة سليمة.

لقد أوضح جلاسر أن كل الأنماط الكلينيكية تمثل تطبيعاً اجتماعياً ناقصاً، وأن العلاج لكي يكون متسقاً وفعالاً، يلزم أن يتجه في كل الحالات، نحو حمل الفرد على أن يكون أكثر مسئولية وواقعية، بمعنى الرغبة في القيام بتضحيات فورية، من أجل إشباعات ومكاسب بعيدة المدى.

وتتمثل المشكلة العلاجية أساساً في حمل شخص على أن يقلع عما يمكن تسميته بمبدأ اللذة البدائي، وأن يعتنق مبدأ الواقع الذي ينطوي على سعي - طويل المدى - وراء اللذة يتسم بالحكمة والاستنارة، ويمنح إشباعاً وسروراً وسعادة. فليس من اليسير أن يتخلى المرء طواعية عن مصدر لذة أكيدة وفورية مقابل إشباع أكبر ولكن بعيد وغير مؤكد.

وكما هو الحال في كل تطبيع اجتماعي فإن جانباً أساسياً من العلاج يتمثل في إمداد الشخص غير الناضج ببعض التعويض وبعض الإشباع البديل عن هذا الذي يطالب بالتخلي عنه لمصلحته على المدى البعيد. ويقوم الحب الأبوي بهذه الوظيفة في حالة التطبيع الاجتماعي العادي للأطفال وهذا ما أطلق عليه جلاسر "الاندماج".

involvement ويعتبر أحد الفنيات العلاجية الهامة بالنسبة للعلاج الواقعي حيث يتحدث عن ذلك جلاسر بقوله : عادة ما تكون أول مرحلة للعلاج هي أصعب المراحل، وهذه المرحلة هي تحقيق الإندماج. والذي يحتاجه المريض باستماتة، والذي فشل في تحقيقه أو الحفاظ عليه، حتى الوقت الذي جاء فيه للعلاج.

فإذا لم يتحقق هذا الإندماج الأساسي بين المعالج، الذي يفترض أنه مسئول والمريض الذي يتسم بعدم المسئولية. لا يمكن أن يتحقق أي علاج، ويتم توجيه المبادئ الأساسية للعلاج بالواقع، نحو تحقيق الإندماج الصحيح، الذي ينطوي على علاقة إنسانية صادقة تماماً، والتي يدرك المريض فيها - لأول مرة في حياته - أن شخصاً ما يهتم به بدرجة كافية، ليس فقط لتقبله، وإنما لمساعدته على تحقيق حاجاته في العالم الحقيقي. وعلى المعالج كي يحقق هذه الفنية أن يقيم علاقة انفعالية حازمة مع مريض قد فشل في إقامة مثل هذه العلاقات في الماضي ويساعد المعالج في ذلك، إدراكه أن المريض في حاجة ماسة للإندماج، وأنه يعاني بسبب عدم قدرته على إشباع حاجاته. فالمريض يبحث عن شخص يمكنه الإندماج معه انفعالياً شخص ما يوليه المريض اهتمامه، ويقتنع المريض بأنه يهتم به، شخص ما يمكن أن يقنع المريض بأنه سيبقى معه حتى يستطيع المريض إشباع حاجاته بصورة أفضل.

كذلك يوضح جلاسر أن المريض غير مسئولين عما قد حدث في الماضي وينبغي أن يسير الأثر العلاجي التربوي في اتجاه مساعدة المرضى على تحسين قدرتهم ورغبتهم في أن يعيشوا على نحو أكثر مسئولية وحكمة من الآن فصاعدا.

وتتلخص فنيات العلاج بالواقع في الفنيات التالية :

الإندماج :

حيث تقوم هذه الفنية على الفهم الواعي والتعامل بمسئولية مع المريض وفي البداية يجب تقبله بحسناته وعيوبه وبمشاعره الإيجابية منها والسلبية فهو هنا يعني قبول المريض بواقعه.

وقد يبدو للبعض أن مفهوم الإندماج عند جلاسر يعني مفهوم الطرح

Transference عند التحليل النفسي، ولكن هنـاك اختلافـات واضحـة فيمـا يتعلـق بالمنهج والهدف. فالطرح في التحليل النفسي يتحقق على أفضـل وجـه عندمـا يبقـى المعالج غير واضح ومحايد كشخص "يسقط" عليــه المريـض توقعاتـه العصابيـة، غـير الواقعية والمثيرة للقلق، عــن كـل "الوجـوه الأبويـة" للسـلطة حينئـذ - وعنـد نقـاط استراتيجية - يكشف المعالج عن نفسـه كشـخص رقيـق، متقبـل، ومتسـامح للغايـة وبهذه الطريقة يفترض أنـه يحـدث التعديـل المطلـوب أو التخفيـف Softening مـن صرامة الأنا العليا.

وعلى النقيض من ذلك فإن هدف العلاج بـالواقع هـو تعضيـد وتقويـة قيـام الضمـير بوظائفـه وتنطـوي وسـيلة الاختيـار علـى الأمانـة والاهتمـام والأصالـة Authenticity.

مواجهة السلوك الشائع :

بمعنى أن يقوم المعالج النفسي بإبلاغ المريـض بسـلوكياته غـير المسئولة حتـى يمكن دفعه لسلوك أكثر مسئولية وبالتالي لابد من التعامل مع المريــض بفـهم وإدراك وإقناع بحيث يتم مواجهته بحالته المرضيــة وسـوء سـلوكه حتـى يسـتطيع أن يتخلـى بمسئولية عن هذه التصرفات.

تقييم السلوك :

وفي هذه الفنية يجب على المعالج أن يساعد المريض أن يتعلم كيف ينقـد ذاتـه نقداً بناء ليرى ما إذا كان هذا السلوك يشكل الاختيار الأمثل المتـاح الـذي عليـه أن يتعامل به في حياته مستقبلاً.

مسئولية السلوك الموجه :

وهنا على المعالج مساعدة المريض على تعليم الطرق الحديثة للتعلم وذلك من خلال توجيه سلوك المريض في بعض المواقف التي يقابلها ومن خلال تقديـم العـون له والمشورة حتى يبدى تحسناً ملموساً في تناول مشاكله.

التعهد :

حيث يطلب من المريض أن يقدم تعهداً إلى المعالج بالكف عن السلوكيات السيئة التي يراها كذلك وهنا يوضح لنا جلاسر أن كثيراً من الشخصيات المريضة والتي صادفته أثناء ممارساته الكلينيكية، والتي تعاني من ضعف الإرادة تجد صعوبة بالغة في تقديم هذه التعهدات ويضيف جلاسر أن الأمر هنا يستلزم مواصلة استخدام فنية الاندماج بصورة أكثر.

رفض الأعذار :

في حالة عدم الالتزام بالتعهد السابق فعلى المعالج أن يتعامل مع عدم الالتزام هذا من جانب المريض بحزم شديد وعدم تقبل الأعذار التي يقدمها المريض مهما كانت الأسباب فالمعالج الذي يقبل الأعذار ويتجاهل الواقع أو يسمح للمريض بأن يعزى تعاسته الراهنة إلى أحد الأشخاص، أو إلى اضطراب انفعالي، يجعل المريض يشعر بتحسن مؤقت لحساب التهرب من المسئولية. وبذلك يعطي المريض انتشاراً لا يختلف عن نفس الأحاسيس التي يمكن أن يكون المريض قد أحسها من خلال تعاطيه المخدرات أو الكحوليات أو الأصدقاء العطوفين، قبل استشارة المعالج النفسي. وعندما يتلاشى تأثيرها - وهذا يحدث سريعاً - يصبح المريض محقاً في فقدان ثقته بالعلاج النفسي.

تجنب العقاب :

يجب على المعالج عدم استخدام العقاب بأي حال حتى لا يعوق المريض عن تقييم سلوكه، وفي المقابل عليه أن يمنحه "إذا أدى واجبه والتزم بتعهداته بطريقة مرضية.

إمكانية تطبيق العلاج الواقعي في المدارس العامة :

لقد أشارت عائشة عبد الخالق عسقلاني ،1995 إلى أن جلاسر، 1969، Glasser ، "استخدم العلاج الواقعي في مدارس لوس أنجلوس وسان دييجو

وكاليفورنيا. ولقد قام جلاسر بإعطاء دورة تدريبية لفصل دراسي واحد لتدريس مبادئ العلاج الواقعي لمعلمي المدارس العامة. وكان الهدف المباشر من هذه الدورة هو مساعدتهم على العمل بفاعلية أكثر مع الأطفال الذين يرفضون تحمل المسئولية داخل فصولهم الدراسية. وإيجاد أفضل السبل لمجابهة التلاميذ الذين كانت لديهم أنواع شتى من اضطرابات السلوك والذي يؤثر بدوره على تحصيلهم الدراسي وانضباطهم داخل الفصل وفي نهاية الدورة التدريبية كان المدرسون قادرين على أداء أفضل من ذي قبل وبصورة ملحوظة على مساعدة الأطفال الذين لهمن مشاكل واضطرابات انفعالية في الفصول الدراسية مما أثر ذلك بدوره على توافقهم النفسي وتحصيلهم الدراسي.

"ويشير جلاسر إلى أن العلاج الواقعي يعد من الأساليب الفعالة في إشباع الطفل لحاجاته الأساسية بحيث يؤثر هذا بدوره على تعديل سلوكه، وأن يكون أكثر تحملاً للمسئولية، فتدريب الطفل على تعلم وإتباع السلوك الصحيح هو أفضل الطرق والأساليب التي قدمها جلاسر لإشباع حاجات الأطفال النفسية". (عائشة عبد الخالق عسقلاني، 1995، ص38).

ويوصي جلاسر، 1972، Glasser بعقد اجتماعات دورية أسبوعية يناقش من خلالها المعلم بعض المشكلات الخاصة بالتلميذ لما لهذه المناقشات من أهمية في خلق علاقة الدفء والتواد والمودة بين كل من التلميذ والمدرس.

كما أشار جلاسر Glasser، 1988، إلى أهمية توفير التعلم الجماعي داخل الفصول الدراسية مما لها من تأثير تربوي فعال في إرشاد التلاميذ وتحقيق حاجاتهم ومتطلباتهم في جو يسوده الدفء باعتبار أن المدرسة يمكن أن تكون بيئة تربوية ذات مناخ نفسي سليم للتلميذ والمدرس.

ومن هنا يأتي وليم جلاسر على رأس قائمة خبراء الانضباط المدرسي، لأن فرضيات جلاسر تعتمد على أن سلوك الطفل ومفهومه وإدراكه عن ذاته، واعتماده على ذاته وتحمله للمسئولية يمكن أن يعدل إلى الأفضل، ولقد ذكر فيما يعرف باسم منحى جلاسر الخاص بالنظام المدرسي Glasser Approach to Discipline.

"أن هذا المنحى تم فيه تطوير برنامجاً علاجياً يساعد هيئة التدريس بالمدارس على علاج مشكلات النظام المدرسي لدى التلاميذ بحيث يتفاعل هذا البرنامج مع خبرات التعليم المدرسي المختلفة بطريقة تساعد التلاميذ على تحمل المسئولية وكل ما يصدر عنهم من سلوك" (جلاسر، 1969، Glasser p.8).

ولقد تعدد استخدام العلاج الواقعي في العديد من مدارس الولايات المتحدة الأمريكية، وقام مركز تدريب المعلمين Educator Training Center California بعمل دراسة مسحية لعدد أثنتا وعشرين مدرسة موزعة على المراحل المختلفة الابتدائية والإعدادية والثانوية استخدمت أسلوب العلاج الواقعي، وتبين أن هذه المدارس انخفضت نسبة مشكلات الانضباط المدرسي بها، كما انخفضت أيضاً نسبة الطلاب الذين يتمردون على النظام المدرسي إلى حوالي 50٪.

وقد أثبتت دراسات كل من جينسن، 1973، Jensen, K كانج مارك 1974، Cang Mark ، بروينج ، 1987 Browing, B، . فاعلية استخدما العلاج الواقعي في تعديل بعض الأنماط السلوكية غير المرغوبة لدى تلاميذ المدارس بالمرحلتين الابتدائية والإعدادية، هذا بالإضافة إلى تحسن في مستوى بعض المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء التلاميذ مما أدى إلى إدماجهم في علاقات اجتماعية ناجحة مع زملائهم. د

وفي دراسة لارسن 1982، Larsen, K، استخدم العلاج الواقعي في تعديل السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال اشتملت على 41 طفلاً يتميزون بالسلوك العدواني والتخريبي تراوحت أعمارهم ما بين 5-15 سنة وقد أوضحت الدراسة أن هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من إحساس بفقدان الهوية وتوتر في العلاقات الأسرية وقد ثبت جدوى العلاج الواقعي في تعديل سلوك هؤلاء الأطفال وتخفيف حدة السلوك العداوني لديهم.

كذلك أوضحت دراسة هيكرت، 1986، Heuchert, C، فاعلية العلاج الواقعي في تعديل السلوك لدى الأطفال المضطربين انفعالياً.

وقام سولو 1989، Sullo، باستخدام العلاج الواقعي مع الأطفال الذين يعانون من مشكلات خاصة بالتحصيل الدراسي، ومن خلال البرنامج العلاجي

عمل على نحو يساعد إشباع الحاجات الأساسية لهؤلاء الأطفال وكذلك عمـل نظـام فعال يساعد على تنمية الشخصية للتلاميذ في مراحل التعليـم المختلفـة، وبخاصـة في المدارس التي يدرس بها العديد من التلاميذ المشاغبين والمضطربـين انفعاليـاً والذيـن يواجهون صعوبات في التعلم وقد ثبت فعالية استخدام أسلوب العـلاج الواقعـي في تحسن حالة هؤلاء التلاميذ حيث انخفضت صعوبات التعلم لديهم بشكل ملحوظ.

وفي دراسة عرفات زيدان، 1995، لدراسة العلاقة بين ممارسة العلاج الواقعـي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية والنفسية للأيتام المراهقـين المودعين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية أثبت فاعلية العلاج الواقعي في تخفيف تلـك المشكلات.

5-العلاج المعرفي :

العلاج المعرفي السلوكي في مرحلة الطفولة تدعيماً تجريبياً لأنه خاطب التفكير والمشاعر والسلوك المرتبطة بالاضطرابات، ودمج بين الأساليب المعرفيـة والسـلوكية لتحقيق الهدف النهائي المتمثل في أن يطور الطفل التعامل مع المواقف بطريقـة سـهلة الضبط والتحكم، فالعلاج هنا يركز على مساعدة الطفل على الوعي بأنماط التفكـير السالبة التي تعيق أدائه، بجانب تعلم المهارات المعرفية والسلوكية.

ولذا يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى المساعدة علـى نمـو وتطـور المـهارات المعرفية من خلال الأساليب المختلفـة (حـل المشـكلات – النمذجـة – إعـادة البنـاء المعرفي) بالإضافة إلى ممارسة السلوك الصحيح الذي تم تعديله من خـلال الأسـاليب الأخرى (لعب الدور – الواجبات المنزليـة)، وبذلـك فـهو يـهدف للتعديـل المعـرفي السلوكي في آن واحد، ويتميـز هـذا العـلاج بأنـه لا يحتـاج لفـترات طويلـة ويمكـن استخدامه لمدة قصيرة من الزمن وقد يصل عـدد الجلسـات إلى جلسـة واحـدة فقـط تهدف لتعديل المعارف السالبة Negative Cognition من خلال إعادة البناء المعرفي.

وقد أكدت دراسات عديدة علـى أن العـلاج المعـرفي السـلوكي هـو العـلاج الأكثر فاعلية في علاج مختلف الاضطرابات، وأنه يحقق نتائج إيجابية في علاج مختلـف

الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية، وأن احتمالات حدوث انتكاسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي تكاد تكون معدومة، فهو يصحح ويعدل الأفكار والاعتقادات المختلفة وظيفياً التي تتسبب في حدوث السلوك غير المرغوب، ويعيد البناء الفكري والمعرفي للمريض بشكل يضمن إلى حد بعيد أن يكون العميل قادراً على مواجهة أي عقبات أو مشكلات أو أزمات، وذلك باستخدام استراتيجيات معرفية، واستراتيجيات سلوكية للمواجهة، حيث يتم تدريب العميل عليها من خلال البرنامج العلاجي، والذي يركز على الأنشطة والواجبات المنزلية التي يمكن للمريض أن يؤديها خارج نطاق جلسات البرنامج ويمارس المريض خلالها ما تم تدريبه عليه خلال جلسات البرنامج، حيث تعمل الواجبات المنزلية على إتقان المريض لتلك الاستراتيجيات، وهو الأمر الذي يساعده على منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

وقد نال العلاج المعرفي السلوكي في مرحلة الطفولة تدعيماً تجريبياً، لأنه خاطب التفكير والمشاعر والسلوك المرتبطة بالاضطرابات، ودمج ما بين الأساليب المعرفية والسلوكية، لتحقيق الهدف النهائي المتمثل في أن يطور الطفل التعامل مع مواقف القلق بطريقة سهلة الضبط والتحكم، فالعلاج هنا يركز على مساعدة الطفل لتنمية مهارات تفكير خاصة ويطبقها عند مواجهة مثيرات الخوف أو القلق، حيث يتم مساعدة الطفل على الوعي بأنماط التفكير السالبة التي تعيق أدائه، وأخيراً تعليم المهارات المعرفية والسلوكية (أسماء عبد الله، 2001 / : 54-55).

حيث يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى المساعدة على نمو وتطور المهارات المعرفية من خلال الأساليب المختلفة (حل المشكلات - النمذجة - تصحيح المعتقدات الخاطئة) من خلال إعادة البناء المعرفي، بالإضافة إلى ممارسة السلوك الصحيح الذي تم تعديله من خلال الأساليب الأخرى (لعب الدور - الواجبات المنزلية)، وبذلك فهو يهدف للتعديل المعرفي والسلوكي في آن واحد، ويتميز هذا العلاج بأنه لا يحتاج لفترات طويلة ويمكن استخدامه لمدة قصيرة من الزمن، وقد يصل عدد الجلسات إلى جلسة واحدة فقط تهدف لتعديل المعارف السالبة Negative Cognition من خلال إعادة البناء المعرفي (دي جونف De-Jongh 1995 : 47-54).

الفنيات المستخدمة في الإرشاد المعرفي السلوكي :

لقد أوضح مارش March (1995، 315 - 322) بأن هناك العديد من الدراسات في مجال العلاج المعرفي السلوكي للاضطرابات لدى الأطفال، والتي استخدمت بنجاح بعض الأساليب المعرفية والسلوكية كالتعرض في الواقع والاسترخاء والتحكم الذاتي، ومهارات التحكم المعرفي.

كذلك استخدم بيك Beck الواجبات المنزلية التي تحتوي على جرعات حرة من إجراءات تعديل السلوك في علاج الاضطرابات الانفعالية للأفراد التي ترتبط بشدة بالتفكير الخاطئ أو الشاذ، والاستنتاج القائم على أدلة غير كافية، والمبالغة في التعميم، والمبالغة في التقدير، والذي يؤدي إلى تلك المشاكل والاضطرابات (جوزيف بير وجارى مارتن Pear & Martin ، 1999: 351 - 353).

كما جمع منهج ميشينباوم Meichenbaum بين بعض المكونات السلوكية مثل النمذجة والمهام المتدرجة، والتمرينات المعيننة، والتدعيم الذاتي، وقد استطاع من خلال منهجه في تعديل التغيرات الذاتية أن يحدث تغييرات مرغوبة في الأطفال زائدي النشاط والاندفاعية، والخوف والقلق من الثعابين أو من الامتحانات (لوس مليكة، 1994: 245).

في حين ركزت طريقة حل المشكلات لزيربلا وجواد فريد على تصحيح التعليل الخاطئ عن طريق تعليم الأفراد كيف يجرون التعليل المنطقي للحلول الصحيحة للمشكلات الشخصية، وذلك بملاحظة المشكلة وتعريفها بدقة، ثم إيجاد البدائل والحلو الممكنة، واتخاذ القرار وكتابة الإيجابيات والسلبيات لكل البدائل، وتحديد خطة يتم إتباعها، وأخيراً التأكد من أن المشكلة على وشك الحل (جوزيف بير وجارت مارتن Pear & Martin ، 1999: 354 - 355).

وتؤكد نتائج العديد من الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي يحقق نتائج جيدة في علاج المخاوف المرضية، حيث يؤدي تصحيح المعارف المشوهة والتفسيرات الخاطئة التي ترتبط بمصادر التهديد إلى حدوث تحسن ملحوظ بين المرضى، ولتحديد

مثل هذه المعارف تستخدم المذكرات اليومية من جانب المرضى ومراقبة الذات، ومن الفنيات التي يمكن استخدامها لعلاج المخاوف المرضية التدريب على تأكيد الذات أو السلوك التوكيدي خاصة مع المخاوف الاجتماعية وهو ما يساعد المريض على استعادة ثقته بنفسه، والتعزيز والتغذية الرجعية الحيوية، كما يمكن أيضاً استخدام التدريب على المهارات الاجتماعية خاصة مع المخاوف الاجتماعية، إلى جانب استخدام إعادة البنية المعرفية.

وقد أكدت دراسات عديدة على أن العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج الأكثر فاعلية في علاج مختلف الاضطرابات، وأنه يحقق نتائج إيجابية في علاج مختلف الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية، وأن احتمالات حدوث انتكاسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي تكاد تكون معدومة، فهو يصحح ويعدل الأفكار والاعتقادات المختلفة وظيفياً التي تتسبب في حدوث السلوك غير المرغوب، ويعيد البناء الفكري والمعرفي للمريض بشكل يضمن إلى حد بعيد أن يكون العميل قادراً على مواجهة أي عقبات أو مشكلات أو أزمات، وذلك باستخدام استراتيجيات معرفية، واستراتيجيات سلوكية للمواجهة، حيث يتم تدريب العميل عليها من خلال البرنامج العلاجي، والذي يركز على الأنشطة والواجبات المنزلية التي يمكن للمريض أن يؤديها خارج نطاق جلسات البرنامج، ويمارس المريض خلالها ما تم تدريبه عليه خلال جلسات البرنامج، حيث تعمل الواجبات المنزلية على إتقان المريض لتلك الاستراتيجيات، وهو الأمر الذي يساعده على منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

ويتوقف عدد الجلسات العلاجية والوقت الذي يستغرقه البرنامج على مدى حدة وتعقد المشكلة والاضطراب الذي يعاني منه الفرد، ومدى رغبة ذلك الفرد في إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المعالج، وعادة ما يبدأ البرنامج العلاجي بجلسات تمهيدية يتم من خلالها إرساء دعائم تلك العلاقة، والتي تعد ذات أهمية كبرى في تطور العلاج وفي تحقيق ما يخطط له من أهداف.

ومن خلال العرض السابق للإرشاد المعرفي السلوكي للاضطرابات الانفعالية

بصفة خاصة والفنيات المستخدمة في الإرشاد المعرفي السلوكي نستطيع أن نجمل بعض الفنيات المعرفية والسلوكية المستخدمة في البرامج المعرفية السلوكية، حيث استخدمت هذه البرامج أسلوب حل المشكلة والواجبات المنزلية وتعديل الحوار الذاتي، والتخيل كفنيات معرفية، كما استخدمت التعزيز ولعب الدور والنمذجة والتحصين التدريب والاسترخاء كفنيات سلوكية.

ونستطيع الاسترشاد مما سبق في تصميم الجانب العلاج الإرشادي (المعرفي السلوكي) من البرنامج الإرشادي الترويحي في النقاط التالية :

- يتعامل الإرشاد المعرفي السلوكي مع أفكار ومشاعر وسلوك الفرد.
- حيث أنه يستخدم الحوار النشط والفعال مع العميل بدلاً من أن يكون مستمع سلبي.
- ويشتمل العلاج المعرفي السلوكي على مبدأ أن المعارف الخاطئة أو المشوهة هي التي تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.
- ويركز هذا العلاج على أن معارف الـ (هنا والآن) النوعية تكون هي الهدف في التغيير من خلال إجراءات نوعية أكثر من التأكيد على الماضي كسبب للصعوبات أو الاضطرابات الحالية.
- كما يشتمل عل طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات وطرق تعلم تلك المعلومات للتغلب على المشاكل أو حل المشكلات.
- والإرشاد المعرفي السلوكي يجمع بين فنيات معرفية وأخرى سلوكية.
- ويهتم البرنامج المعرفي السلوكي بإقامة علاقة علاجية تعاونية بين المرشد والعميل، حيث تخصص الجلسات الأولى من البرنامج لذلك.
- يتوقف عدد الجلسات في البرنامج المعرفي السلوكي والوقت الذي يستغرقه البرنامج على مدى حدة المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني منه الفرد.
- وبناءاً على ما تقدم يمكن تعريف البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي بأنه برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية لأفراد

المجموعة التجريبية عينة الدراسة بهدف خفض بعض الاضطرابات الانفعالية لديهم (المخاوف المرضية والقلق)، ولذلك يعتمد البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي على بعض من الفنيات المعرفية والمتمثلة في التحكم الذاتي وأسلوب حل المشكلة والواجبات المنزلية، وبعض من الفنيات السلوكية والمتمثلة في فنية لعب الدور والنمذجة والتعزيز والاسترخاء.

6- العلاج بالترويح Recreation :

لقد حررتنا التكنولوجيا من كثير من العمل الجسمي ولقد حمل الترويح على عاتقه دوراً هاماً في الحياة الحديثة كنتيجة فعلية لزيادة توظيف وقت الفراغ المتاح للجميع، والدليل على ذلك أن الناس يستخدموا وقت الفراغ إما بطريقة بناءة أو هدامة، وأن إحدى أهداف برنامج الأنشطة الترويحية هو أن يعلم الحكمة في استخدام وقت الفراغ، ويجب أن يكون الناس على دراية بالدور الحيوي الذي يلعبه الترويح الصحي والرياضات الخاصة في المتعة الكاملة للحياة.

فمصطلح الترويح مشتق من أصل لاتيني وهو كلمة Recreation، ولقد تم استخدامها في بادئ الأمر لتعريف النشاط الإنساني الذي يتم اختياره عن دافع شخصي، والذي يؤدي إلى تنشيط الفرد ليكون قادراً على ممارسة عمله. إلا أن هناك الكثير من الإضافات التي لحقت بالترويح للتدليل على أهدافه الشخصية والاجتماعية.

هذا ويعد الترويح أحد الأنشطة التربوية والاجتماعية الذي يقبله المجتمع ويخضع لعاداته وتقاليده، ولنوع الثقافة والمعتقدات السائدة، كما أن الترويح يتبوأ مكانة هامة في الحياة المتوازنة إلى جانب العمل والراحة والاسترخاء والحب، ولقد بدأ الاهتمام بالترويح كمظهر سلوكي وحضاري للإنسان وموضوع يستحق البحث والدراسة في نهاية القرن التاسع عشر، وذلك مع ظهور العلوم الاجتماعية وتقدم المجال البحثي في العلوم الأنثروبولوجية والتربوية والنفسية، حيث اهتمت تلك العلوم بالبحث والدراسة في مجال الترويح باعتباره ظاهرة اجتماعية وظاهرة إنسانية وظاهرة حضارية للمجتمعات.

وهناك نظريات وتفسيرات لكلمة الترويح، ومفهوم الترويح يفوق اصطلاح اللعب في نظرياته وتفسيراته علماً بأن هناك من يفسرون اللعب والترويح تفسيراً واحداً، ويفسر الترويح على أنه رد فعل عاطفي أو حالة نفسية وشعور يحسه الفرد قبل وأثناء ممارسته لنشاط إما سلبياً أو إيجابياً، ويتم أثناء وقت الفراغ، ويكون الفرد مدفوعاً برغبة شخصية، ويتصف بحرية الاختيار وغرضه في ذاته، أي أن للترويح أكثر من نشاط، فالنشاط وسيلة وليس غاية في حد ذاته، أما الغاية فهي ذلك التعبير في الحالة الانفعالية والعاطفية والإحساس بالتفاؤل والسعادة التي تعمل على شحن البطارية البشرية لمواجهة الحياة بما فيها من تعقيدات.

والترويح مظهر من مظاهر النشاط الإنساني يتميز باتجاه يحقق السعادة إلى البشر، وتتوقف قيمة الترويح على مدى ما يسهم به الترويح للفرد من سعادة ونشاط، فالترويح يهدف إلى السعادة التي ينشدها كل إنسان في الوجود، كما يؤدي الترويح دوراً فعالاً في تربية الفرد، فهو يهتم بالجوانب البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية، وبالتالي يساهم في النمو المتزن للفرد.

مفهوم الترويح :

لقد تعددت وتنوعت آراء العلماء والباحثين حول مفهوم الترويح فيما يلي عرض لأهم هذه الآراء :

فيرى بتلر Petller أن الترويح هو نوع من أنواع النشاط الذي يمارس في وقت الفراغ، والذي يختاره الفرد لممارسته بدافعية ذاتية، والتي يكون من نتائجها اكتساب الفرد لقيم بدنية وخلقية ومعرفية واجتماعية.

ويفسر الترويح بأنه رد فعل عاطفي أو حالة نفسية تنتاب الفرد قبل وأثناء وبعد ممارسته لنشاط ما سواء كان سلبياً أو إيجابياً، ويتم أثناء وقت الفراغ ويكون الفرد مدفوعاً برغبة شخصية ويتصف بحرية الاختيار.

ويعرف الترويح بأنه التحول من العمل وإعادة تنظيم الطاقة للعمل أو أنه النشاط الاجتماعي والإيجابي المقبول لوقت الفراغ، ونحن ندعم وجهة النظر هذه بأن

الترويح كخبرة وقت الفراغ التي بها تكون الاختيـارات المتوقعـة للمشـاركة متروكـة للأفراد (ريتشارد مول وآخرون Richard F. et al ، 1997 : 4).

كما يرى كمال درويش، ومحمد الحماحمى (1997: 21) أن الـترويح هـو نـوع من أنواع النشاط التي تمارس في وقت الفراغ والتي يحتاجها الفرد بدافعية ذاتية والـتي يكون من نتائجها اكتساب الفرد لقيم بدنية ومعرفية واجتماعية.

فالترويح يعبر عن الأنشطة الـتي يشـترك فيـها الفـرد اختيارياً في أثنـاء وقـت الفراغ، وهذه الأنشطة تكون مجددة ومطورة للحالـة البدنيـة والاجتماعيـة والنفسـية والاجتماعية، ويؤديها بنفسه (وليد عبد الرازق، 1997 : 31).

ويؤكد محمد الحماحمى وعايدة عبد العزيز (1998 : 29 - 30) أن الترويح يعد حالة انفعالية تنتاب الفرد نتيجة لإحساسه بالوجود الطيب في الحيـاة وبالرضـا، وأن الترويح يتصف بالمشاعر المرتبطة بالإجـادة والإنجـاز والانتعـاش والقبـول والنجـاح والقيم الذاتية والسرور والتدعيم الإيجابي بصورة الذات، كما أنه يعـد مـن المناشـط المرتبطة بوقت الفراغ والمقبولة اجتماعياً.

والترويح هو تلك الأوجه من النشاط أو الخبرات التي تنتج عن وقت الفـراغ والتي يتم اختيارها وفقاً لإرادة الفـرد وذلـك بغـرض تحقيـق السـرور والمتعـة لذاتـه واكتسابه للعديد من القيم الشـخصية والاجتماعيـة (محمـد الحمـاحمى، عـايدة عبـد العزيز، 1998 : 29).

كما يعرف الترويح بأنه مزاولة أي نشاط في وقت الفـراغ سـواء كـان نشـاطاً لنشاط معين في وقت الفراغ كما أنه رد فعل تلقـائي مقصـود بذاتـه وليـس لكسـب مادي، وهو يعمل على رقي الفرد وتنمية شـخصيته تنميـة متوازنـة نفسـياً وانفعاليـاً واجتماعياً وجسمياً، كما أنه يدخل البهجة والسعادة والسرور على الفـرد الممـارس لأنشطة الترويح، ومجالاً للتنفيس عن رغباته المكبوتة.

أهمية الترويح :

ترجع أهمية الأنشطة الترويجيـة إلى أنـها تسـاهم في اكتسـاب الفـرد الخـبرات

والمهارات والأنماط والأساليب المعرفية، وتنمية الذوق والموهبة، وتهيئ الفرد للإبداع والابتكار، مما يجعل للترويح أهمية كبيرة في حياة الفرد والمجتمع، إذ أن للترويح دوراً مهماً تربوياً واجتماعياً وصحياً يؤثر في حياة الفرد (كمال درويش ومحمد الحماحمى، 1987: 77).

فالهدف من البرامج الترويحية هو أن تتيح الفرصة لكل فرد بأن يختار من الأنشطة المختلفة ما يناسبه، ثم تساعد المشتركين في الحصول على خبرة إيجابية كمحصلة لذلك (ريتشارد مول وآخرون Richard ، 1997 : 4).

هذا ويعد الترويح مظهراً من مظاهر النشاط الإنساني وله دور هام في تحقيق التوازن بين العمل والراحة، وله إسهاماته في تحقيق السعادة للإنسان، وتشير الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية والترويح إلى إسهامات الترويح في الحياة الأسرية في النقاط الآتية :

- تحقيق الحاجات الإنسانية للتعبير عن الذات.
- تطوير الصحة البدنية والجوانب الانفعالية والصحة العقلية للفرد.
- التحرر من الضغوط والتوتر العصبي المصاحب للحياة العصرية.
- توفير حياة شخصية وعائلية زاخرة بالسعادة والاستقرار.
- تنمية ودعم الديمقراطية (محمد الحماحمى وعايدة عبد العزيز، 1998: 34 -35).

وقد أشار تقرير نقابة الأطباء الأمريكيين إلى أن البرامج الترويحية تؤدي إلى الإقلال من حالات التوتر العصبي والملل والاكتئاب النفسي والقلق، وكذلك تؤدي دوراً في المساعدة على التخلص من الآثار المترتبة على حياة الميكنة التي يعاني منها الأفراد في هذا العصر (كمال درويش ومحمد الحماحمى، 1987، 76).

وفي دراسة أجراها ل. ريتشاردسون L. Richardson حيث فحص الطلاب ممن يترددون عليه - كأخصائي لعلم النفسي الاجتماعي - فوجد أن العلاقة بين الطلاب ممن يحتاجون استشارات نفسية، وممارسة الأنشطة الترويحية والرياضية إنما هي علاقة وثيقة الصلة، فقد استنتج أن المشاركة الترويحية الفعالة وثيقة الصلة

بالحفاظ على الاستقرار الانفعالي والقرارات المتزنة (كمال درويش وأمين الخولي، 1990: 184).

وفي هذا المجال وجه الأطباء والأخصائيون في علم النفس، والباحثون في علم الاجتماع والمتخصصون في التربية والتربية الرياضية والتربية الترويحية، جهودهم لدراسة طبيعة العلاقة بين الترويح والصحة النفسية والعقلية للفرد، وقد أد هؤلاء الباحثون على ضرورة مزاولة الأفراد للأنشطة الترويحية كوسائل للتقليل من التوتر العصبي والنفسي الناتج عن الإرهاق في العمل، وأشاروا إلى أن الملل والقلق والاكتئاب النفسي والصراعات النفسية والإحباط النفسي تعد من أمراض العصر المرتبطة بالاضطرابات النفسية والعقلية، وأن هده الأمراض قد تنتج عن كبت الرغبة في إشباع لبعض الميول والاتجاهات العدوانية مما يؤدي إلى عدم التنفيس الانفعالي عنها بطريقة مقبولة لكل من الفرد والمجتمع، كما يرى هؤلاء الباحثون أن الأنشطة الترويحية والأنشطة الرياضية ذات الطابع التنافسي تتيح للفرد فرص للتعبير عن هذه الميول والاتجاهات وتشبع حاجاتهم النفسية ومن ثم يمكن للفرد من أن يعبر عن نفسه وعن ميوله من خلال ممارسته لهذه الأنشطة دون الحاجة إلى كبتها (كمال درويش ومحمد الحماحمي، 1987: 76 – 77).

هذا ويعد الترويح من الموضوعات الهامة في حياة الأفراد حيث أنه يساهم في تنمية الشخصية من خلال ممارسة الأنشطة الترويحية المختلفة التي تساعد على إشباع الحاجات الأساسية وتنمية التذوق والجمال واكتساب قيم ومهارات وثقافة إنسانية وترابط اجتماعي واكتساب أساليب الحياة الصحية السليمة، وزيادة مقدرة الفرد على الإنتاج والعطاء (أمنة الشبكشي، 1991: 11).

كما أن للترويح دوراً هاماً في إشباع حاجات الفرد وبخاصة تلك التي لا يمكن إشباعها من خلال العمل أو في أثناء أوقات الارتباط أو الالتزام بواجبات، وذلك حتى يمكن تحقيق أو إعادة التوازن النفسي للفرد المشارك في المناشط الترويحية (محمد الحماحمي وعايدة عبد العزيز، 1998 : 35).

فالترويح يحقق هدفاً اجتماعياً وذاتياً، وبذلك تتحقق الفائدة لكل من الفرد

والمجتمع، وأسلوب الترويح يتغير تبعاً للتغير الثقافي للمجتمع، كما أن الترويح يتأثر أيضاً بقيم المجتمع وتقاليده والإمكانيات المتاحة ومدى التقدم التكنولوجي (جوردر وآخرون Gorder et al 1981: 44) .

وممارسة الأنشطة الترويحية تعتبر وسيلة وقائية من الأمراض النفسية التي تصيب الفرد نتيجة للضغوط والتوتر العصبي، وفي الواقع يعد الترويح عملاً اجتماعياً واقتصادياً جليلاً، يقصد به إعلاء الغرائز الطبقية وتقويم الفضائل الخلقية، وتهذيب الميول والنزعات وبذلك ينمو الفرد ويرقى المجتمع، كما يعد الترويح متعة للفرد وأداة للتحرر من توترات الحياة وهمومها ومشاغلها وشتى مطالبها، فهو تعبير إبداعي وتنمية للعلاقات الإنسانية مع الآخرين والرغبة لممارسة خبرات جديدة والسعادة التي ينشدها كل إنسان وتحقيق الاسترخاء، واكتساب الصحة النفسية، والثقة بالذات، والتخلص من العدوانية، أي أن للترويح قيم علاجية ووقائية.

خصائص الترويح :

يشير محمد الحماحمى وعايدة عبد العزيز (1998 : 33 - 34) أن للترويح خصائص تميزه عن غيره من الأنشطة الأخرى، وأن أهم خصائصه ما يلي :

- نشاط بناء / وذلك يعني أن الترويح يعد نشاطاً هادفاً فهو يساهم في تنمية وتطوير شخصية الفرد من خلال المشاركة في ممارسة الأنشطة المختلفة.
- نشاط اختياري / حيث يختار الفرد نشاطه وفقاً لرغباته ودوافعه، وذلك لا يعني إغفال التوجيه التربوي نحو إرشاد الفرد لممارسة نوع من النشاط يتفق مع ميوله ودوافعه وحاجاته واستعداداته وقدراته ومستوى نضجه.
- حالة سارة / أي أن الترويح يجلب السرور والمرح والسعادة إلى نفوس الممارسين لأنشطته نتيجة للتعبير عن الذات والإبداع في النشاط مع مراعاة عدم الإضرار بمشاعر الغير.
- يتم في وقت الفراغ / فالترويح عن الذات يتم في الوقت الذي يتحرر فيه الفرد من قيود العمل أو من ارتباطات أو واجبات أو التزامات أخرى.

- يحقق التوازن النفسي / وذلك من خلال إشباع الفرد الممارس لمناشط الترويح لحاجاته النفسية، وتلك الحاجات النفسية لا يمكن إشباع بعضها إلا من خلال وقت الفراغ، كما أن المشاركة في أنشطة الترويح تؤدي إلى تحقيق الاسترخاء والرضا النفسي، مما يحقق للفرد التوازن النفسي.

ولكي يكون الترويح مفيداً فلا يحتاج إلى أن يكون مقيداً ولا مغالياً فيه، فكثير من الأشكال البسيطة للترويح المتاح للجميع تكون أكثر قناعة وأكثر مساعدة في التنمية البدنية والعقلية والصحة الانفعالية (دال مود وآخرون Dale Mood et al، 1995 : 3).

تأثيرات الترويح على جوانب النمو :

وفيما يلي توضيحاً لدور الترويح في تحقيق الفرد لحاجاته البدنية والفسيولوجية والاجتماعية والنفسية، وكذلك أهم التأثيرات لأنشطة الترويح المختلفة على جوانب النمو المختلفة.

أ- التأثيرات البدنية الفسيولوجية :

لممارسة أوجه أنشطة الترويح، وبخاصة الترويح الرياضي بانتظام العديد من التأثيرات الإيجابية على النمو العضوي للفرد المشارك في مناشطه، وفيما يلي توضيح لأهم تلك التأثيرات:

- الحصول على القوام المعتدلة والرشيق والبعد عن النمو البدين.
- زيادة مرونة وكفاءة مفاصل الجسم وزيادة حجم العظام وتحسين كفاءتها ومعالجة آلام المفاصل والظهر.
- تطوير اللياقة البدنية والمحافظة على مستوى لائق من عناصرها (القوة - الجلد العضلي - السرعة).
- رفع كفاءة عمل الجهازين الدوري والتنفسي.
- الإقلال من الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية.

- التخلص من الطاقة الزائدة عن احتياجات الفرد، مما يساهم في تحقيق الاسترخاء البدني والعصبي للجسم وتجديد نشاط وحيوية الفرد.
- زيادة قدرة الفرد على زيادة إنتاجه في العمل مما يتيح له فرصة زيادة دخله، ومن ثم إشباع حاجاته الأساسية وتوفير مستوى معيشي وحياة أفضل (محمد الحماحمى وعايدة عبد العزيز، 1998: 37-38).

ب- التأثيرات الاجتماعية :

كما أن لممارسة أوجه مناشط الترويح العديد من التأثيرات البدنية والفسيولوجية على الفرد، فإن لتلك المناشط أيضاً تأثيراتها الاجتماعية عليه، وفيما يلي توضيح لأهم تلك التأثيرات:

- تنمية القيم الاجتماعية المرغوبة وذلك كالتعاون واحترام القانون واحترام الغير وخدمة الآخرين.
- تكوين وتوطيد الصداقات وذلك من خلال المشاركة في جماعات اللعب أو الهوايات، مما يتيح الفرص للتعاون والتقارب بين الأفراد وبعضها.
- الشعور بالانتماء والولاء للجماعة.
- تنمية القدرة على التفاهم مع الآخرين واحترام آراءهم وذلك من خلال المشاركة في الأنشطة التي تعتمد على الحوار والاستماع وتبادل الرأي بين الأفراد.
- تنمية العلاقات الإنسانية وذلك من خلال اللقاءات التي تتم في مجال الترويح وأوقات الفراغ، وكذلك المشاركة في إحياء العديد من المناسبات الاجتماعية والقومية.
- التدريب على القيادة وذلك من خلال تبادل الأدوار في الجماعات والتعاون فيما بين أعضائها على تحقيق أهداف جماعات الترويح.
- تقدير العمل الجماعي من خلال مساهمة كل عضو في الجماعة على أداء دوره في تنظيم وتنفيذ المناشط المختلفة للترويح، والتعاون والنجاح في تحقيق

.(39-38 :1998

ج- التأثيرات النفسية :

إن الخبرة الترويحية في الغالب - تثمر العديد من ردود الفعل النفسية وليس رد فعل واحد في ذات الفرد الممارس لأنشطة الترويح. بل في بعض الأحيان تمتزج ردود الفعل هذه سواء السالبة أو الموجبة، الأمر الذي يدعونا إلى القول بأن كل أشكال الترويح لها أهمية نفسية. أما كون نمط ترويحي معين له تأثيرات إيجابية أو سلبية فهذا يتوقف إلى حد بعيد على الفرد المشترك نفسه (كمال درويش وأمين الخولي، 1990: 158).

ويوضح محمد الحماحمى وعايدة عبد العزيز (1998: 39 - 40) أهم التأثيرات النفسية للترويح :

- إشباع الميول والدوافع المرتبطة باللعب والهوايات مما يسهم في تحقيق الرضا النفسي للفرد عن مشاركته في أنشطة الترويح.
- تحقيق السرور في الحياة من خلال إقبال الفرد على المشاركة في الترويح. مما يؤدي إلى التخلص من عناصر العمل ومن أعباء الالتزامات ومن ثم إحساسه بالسرور والسعادة.
- تنمية الصحة الانفعالية للفرد وإعادة توازنه النفسي من خلال مشاركته في أنشطة الترويح التي تسهم في تخلصه من التوتر النفسي ومن درجة القلق وحدة الاكتئاب لديه.
- زيادة القدرة على الإنجاز وإثبات الذات وذلك من خلال تحقيق النجاح في التجارب والخبرات التي يواجهها الفرد في مواقف النشاط المختلفة، مما يؤدي إلى تنمية مفهوم الذات الإيجابي لديه.
- تنمية الثقة بالنفس والتحرر من الخوف نتيجة للمشاركة الناجحة للفرد في مناشط الترويح، ومن خلال المشاركة في أداء العديد من مناشط الترويح

كاللعب أو الرسم أو الكتابة أو التأليف أو في الأداء التشكيلي، مما يسهم في تقدير الذات وفي تنمية الابتكار والإبداع لدى الفرد.

- التخلص من الميول العدوانية وذلك من خلال إشباعها عن طريق مناشط الترويح وبخاصة الترويح الرياضي.

وعن النظرة السيكولوجية للترويح، نظر علماء النفس إلى أهمية وقت الفراغ والاستفادة منه في علم النفس إلى أهميته في علاج الكثير من الأمراض النفسية، وامتدت أهميته إلى حد منع حدوث الأمراض النفسية والقدرة على الاستفادة المطلقة لدى الأشخاص الذين يعانون من التخلف الذهني، واستخدام هذه الطاقة في خدمة المجتمع، وربط علماء النفس في الوقت الحالي بين علم الترويح وبين التطور الصحي والنمو لدى الأطفال والقدرة على الاستيعاب وإظهار المهارات الفردية، لذلك يدعو علماء النفس إلى النظر للترويح كضرورة للتطور الصحي والعاطفي والجسمي والاجتماعي لجميع الأفراد (أمنة الشبكشي، 1991: 14، 13) .

الأنشطة الترويحية :

هناك العديد من الأنشطة الترويحية التي يمكن ممارستها في وقت الفراغ، ويختلف العلماء فيما بينهم بالنسبة لتصنيف الأنشطة الترويحية نظراً لتعدد هذه الأنشطة، ولذا فهناك طرق عديدة لتقسيم تلك الأنشطة، وفيما يلي عرض لبعض الآراء التي حاولت تصنيف الأنشطة الترويحية في وقت الفراغ.

وفي هذا الصدد تشير تهاني عبد السلام (1989: 119) إلى أن هناك تداخل في أوجه النشاط الترويحي مما يصعب حصرها وتحديدها، وهناك آراء متعارضة في تقسيم الأنشطة في البرامج الترويحية، فقد قسم بعض العاملين في هذا الميدان النشاط الترويحي إلى نشاط (رياضي - اجتماعي - فني - ثقافي) وقد وجد آخرون أن هذا التقسيم محدود، فمثلاً عند ممارسة نشاط رياضي يكون هناك أيضاً نشاط اجتماعي، وعند ممارسة نشاط ثقافي يتداخل فيه النشاط الاجتماعي والنشاط الفني أيضاً وهكذا.

ونجد أن أنواع النشاط الترويحي التي يقوم بها الأفراد لتلبية حاجاتهم ورغباتهم يتضمن لوناً أو عدة الوان من الأنشطة الترويحية تختلف تبعاً لميول الأعضاء وحاجاتهم وقدراتهم ومستوياتهم الاجتماعية والثقافية والاقتصادية في ضوء مراحل النمو المختلفة، كما تتأثر بالمستويات والقيم السائدة في المجتمع، وبذلك تحقق الأفراد والجماعات حياة أكثر سعادة ورفاهية، كما يضيف إلى أن الأنشطة الترويحية يمكن أن تنقسم إلى النشاط الترويحي الرياضي، الاجتماعي، الثقافي، الفني الخلوي، مناشط الخدمة العامة (محمد عبد السلام، 2001: 25).

وتشير عطيات خطاب (1987: 53) إلى أن الأنشطة الترويحية تنقسم إلى ثلاثة مجموعات كما يلي :

- الأنشطة الترويحية التي تستهدف الراحة العصبية والتي لا تتضمن نشاطاً عقلياً، مثل القراءة وسماع الأغاني ومشاهدة التليفزيون.
- الأنشطة الترويحية التي يغلب عليها النشاط العضلي أو الأداء الحركي، مثل ممارسة النشاط الرياضي أو ممارسة مختلف الهوايات الرياضية.
- بالإضافة إلى الترويح الذي يتميز بالطابع السلبي والاستجمام مثل النوم والاسترخاء.

ويشير كلاً من محمد الحماحمى وعايدة عبد العزيز (1998: 83) إلى أن تقسيم الأنشطة الترويحية تتضمن داخلها: الترويح الرياضي والخلوي والاجتماعي والثقافي والعلاجي والفني والتجاري.

وقد قامت عطيات خطاب (1987 : 56 - 81) بتقسيم الأنشطة الترويحية طبقاً لأنواعها وأهدافها إلى :

- الترويح الثقافي / ويشمل القراءة والكتابة والمحاضرات والندوات والمناظرات وحلقات البحث والراديو والتليفزيون وهناك بعض الأنشطة الترويحية التي يمكن أن تدخل تحت نطاق الترويح الثقافي منها الألعاب العقلية وكتابة الشعر والنثر وتلاوة القصص.

- الترويح الفني / وهو نشاط ترويحي إيجابي يمنح الفرد الإحساس بالجمال والتذوق الفني ويتمثل في الرسم والصلصال والنسيج والغزل وغيرها من الهوايات الفنية التي تساعد الفرد على اكتساب القدرات والمهارات الفنية المختلفة فضلاً عن التمثيل بأنواعه والموسيقى.
- الترويح الاجتماعي / ويسهم في إيجاد فرص التفاعل بين الأفراد والجماعات وتوثيق العلاقات والروابط بينهم في جو يتميز بالمرح والسرور، ويشمل الحفلات والرقصات والموسيقى وحفلات التعارف والحفلات الترفيهية كسهرات المرح، والغناء والموسيقى وحفلات الأكل كالولائم والعزائم وحفلات الشاي، والاحتفالات كالأعياد والمهرجانات، والمنوعات كأمسيات الآباء والأمهات، وتعتبر الألعاب الاجتماعية من الأنشطة الترويحية الاجتماعية الهامة التي لا تحتاج إلى إمكانات كثيرة مثل ألعاب التعارف وألعاب اجتماعية حركية وسباقات التتابع، وألعاب اجتماعية ترويحية وألعاب غنائية اجتماعية.
- الترويح الخلوي / ويشمل النزهات والرحلات، التجوال_ الترحال، الصيد، المعسكرات.
- الترويح الرياضي / ويعتبر من الأركان الأساسية في برامج الترويح لما يتميز به من أهمية كبرى في المتعة الشاملة للفرد بالإضافة إلى أهميته في التنمية الشاملة الشخصية من النواحي البدنية والاجتماعية والصحية والعقلية، وتتمثل في الألعاب الترويحية الصغيرة والألعاب الكبيرة والرياضات المائية والتمرينات وألعاب القوى ورياضات الخلاء.
- الترويح العلاجي / ويقصد به كما عرفته الجمعية الأهلية الأمريكية للترويح العلاجي بأنه خدمة خاصة داخل المجال الواسع للخدمات الترويحية، حيث تستخدم الخدمات الترويحية للتدخل الإيجابي في بعض نواحي السلوك البدني أو الانفعالي أو الاجتماعي لإحداث تأثير مطلوب في السلوك وتنشيط ونمو وتطور الشخصية.

- نشاط الخدمة العامة / حيث يقوم به الفرد لخدمة المجتمع وتنميته، ويمنح الفرد الرضا النفسي وإشباع حاجات الفرد الاجتماعية.
- الترويح التجاري / ويدخل في نطاق السينما والمسارح والإذاعة والتليفزيون والصحف ومدن الملاهي وغيرها من المؤسسات الترويحية.

من خلال العرض السابق لمفهوم الترويح والأنشطة الترويحية يمكن استخلاص وجهة نظر عامة للاسترشاد بها عند إعداد البرامج الترويحية الإرشادية والعلاجية على الوجه التالي:

- يعتبر الترويح من المنظور الاجتماعي أحد السبل التي يوفرها المجتمع للأطفال ليكتشفوا ما في أنفسهم من قدرات.
- للأنشطة الترويحية دوراً رئيسياً في تفريغ الطاقة الزائدة لدى الأطفال والتنفيس عن انفعالاتهم النفسية.
- يستخدم الترويح كقوة في تعديل السلوك ويستخدم أيضاً كتعزيز للتغيرات السلوكية.
- يهدف الترويح إلى مساعدة الأطفال على الشعور بالسعادة والمرح أثناء أداء الأنشطة الترويحية والتمتع بطفولتهم والوصول بهم إلى التوافق الاجتماعي والشخصي السليمين.
- يهدف الترويح إلى مساعدة هؤلاء الأطفال في تقليل عواقب العزلة من خلال الإندماج والمشاركة في الألعاب والأنشطة المختلفة.
- تتعدد وتتنوع الأنشطة الترويحية من ترويح رياضي واجتماعي وثقافي وفني وخلوي وعلاجي.
- وبناءاً على ما تقدم يمكن تعريف البرنامج الترويحي بأنه برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية والترويحية لأطفال المجموعة التجريبية عينة الدراسة بهدف خفض بعض الاضطرابات الانفعالية لديهم (المخاوف المرضية والقلق)، ويعتمد البرنامج الترويحي على مجموعة من

الأنشطة الترويحية وهي الأنشطة الرياضية والأنشطة الفنية والأنشطة الثقافية (القصصية) والأنشطة الاجتماعية.

- ولذا تستخدم الأنشطة الرياضية من ألعاب رياضية صغيرة مثل الكرة الطائرة والسلة وسباقات الجري والقفز، في محاولة للتنفيس الانفعالي والتخلص من الطاقة الزائدة لدى الأطفال مما يخفف لديهم من حدة القلق من ناحية، والعمل على توطيد العلاقات الاجتماعية بين الأطفال بعضهن البعض وتبادل الآراء واحترام آراء الآخرين من خلال المشاركة في مثل هذه الألعاب.
- كما يستخدم الأنشطة الفنية والثقافية (القصصية) في تغيير المفاهيم الخاطئة لدى هؤلاء الأطفال والمتعلقة بالمخاوف المرضية و القلق.
- ويستخدم أيضاً الأنشطة الاجتماعية للتغلب على المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي لدى الأطفال من خلال المشاركة في ألعاب السمر والمسابقات الترفيهية والاستماع وتبادل الرأي مع الآخرين.

7- العلاج بالموسيقى :

يعيش الطفل الصغير في عالم كله حركة وصوت وشكل ولون ومن خلال هذه الأشياء الأربعة تستطيع الموسيقى إذا كانت محبوكة ومتداخلة تماماً كالنسيج بكل مظاهره أن تسهم في تخفيف مشكلات الطفل الانفعالية وأن يعتمد عليها في التطور والنمو النفسي والعقلي عند الطفل في الطفولة المبكرة بمعنى أن تكون حصة التربية الموسيقية مزيجاً من الحركة -- تكتيك الجسم -- الاسترخاء - الثقافة السمعية - الاستماع التذوق - النقر والحديث الإيقاعي - العمل الابتكاري - الارتجال الفوري.

لكل هذه الألوان ينبغي أن تستغل وتمتزج مزجاً محكماً مع التأكيد على شئ معين في كل مرة وليس معنى ذلك أن تكون الحركة كلها في يوم والغناء في يوم آخر.

وبهذا الشكل تكون الموسيقى بمثابة المتعة الحقيقية ومدخلاً للتنفيس الانفعالي للطفل لأن الطفل في هذه المرحلة يحتاج إليها بالضبط لحاجته كغذاء تماماً إذ يجب

على معلمة الروضة أن تكون لديها القدرة على الانتقال من فكـرة مـا إلى أخـرى - وتتبع الأطفال حسب رغبتهم حتى إذا تغيرت رغبتهم فجـأة وهـذا يتضمـن الخبرة الطويلة أو السيولة الموسيقية.

الحركة :

1- التوجيه الدائم بتحرك الأطفال في الحجرة بحرية حتـى يتخلصـوا مـن غريـزة التجمع التي يصعب التخلص منها.

2- القدرة على التحول في الاتجاه العكسي.

3- تمرينات ابتكارية لمعرفة أماكن في الحجرة (الوسط - الأركان - أماكن النوافـذ - بعض الأثاث مثل السبورة).

4- الإكثار من الألعاب الموسيقية الحرة الخيالية والغنائية التمثيلية.

5- الاهتمام بالمشي والجري والحجل ولكن بدون إصـرار مـن أخصائيـة الطفـل على إتقان التكنيك الخاص بها.

الاسترخاء :

1- ابتكار التمرينات الحديثة حيـث يرتبـط فيـها الاسـترخاء بالانتبـاه فالأطفـال يحبون نشاط الاسترخاء لأنـهم يحبـون أن يعثروا في أوقـات اللعـب وهـو في الحقيقة لا يعتبر استرخاء مباشراً بالدرجـة ولكـن هـو بـه تشـجيعاً للثقـة في حركة الوقوع بما فيها من ارتخاء ويجب أن تصاحب الأفكار المبتكـرة موسـيقى مرتجلة جميلة وأن يشاهد الطفل زهرة جميلة أو كان يتحسس فقط ولاشـك أن تمرينات كهذه تستثير في الطفل الدهشة والانتباه.

تكنيك الجسم :

لا يستطيع الطفل أن يؤدي بدقة بعض الحركات الأساسية التي يؤديها الطفـل الكبير ومعلمة الروضة ينبغي أن تكون متيقظة تماماً في التعرف على أخطاء الأوضاع المختلفة وكيفية تعديلها.

يجب أن يراعى فيها ما يلي :

1- الموضوع المناسب .

2- تكون كلماتها جيدة وسهلة وليس من الضروري أن تكون باللغة العربية ويكتسب منها الطفل بعض المعلومات.

3- ذات ألحان قصيرة وجميلة وعذبة وغير مملة.

4- سهلة المسافات وليس بها فقرات واسعة أكبر من سن الأطفال.

5- اختيار السلالم المناسبة لمنطقة صوت الطفل.

6- ذات إيقاع بسيط.

7- سهلة المصاحبة الهرمونية تتمركز عادة في الحركة الرئيسية وتكون مساراً لمتعة الطفل يسهل استغلالها.

ويجب على المعلمة أن تجعل طفل الروضة يكثر من غناء أصوات منظمة متعلقة ببيئتها بعد أن تكون قد تكونت لديه القدرة على غناء صوت واحد منغماً مثل الصفارات - الطيور - بوب العربات وهذا يساعد على التركيز السمعي بينما لا يفعل الأطفال ذلك. ونشعر نحن أننا في حاجة إلى الاهتمام بما يغنون وكيف يغنون.

الثقافة السمعية:

لمعلمة الروضة دور فعال في جذب الطفل إلى التركيز على نوعية الصوت فمثلاً:

1- تحرك جرساً صغيراً من الحائط أو الأرض في مكان ما وعلى الأطفال أن يشيروا إلى هذا المكان وهم مغلقوا العينين.

2- يتعرف الأطفال على مكان المعلمة أثناء غنائها نشيد أنا في أحدا أركان الحجرة وهم مغلقوا العينين أيضاً.

3- التعرف على أصوات مختلفة من أجسام رنانة كصوت كوب وكذا التعرف والتفرقة بين صوت الملعقة أو السكينة وقطعة من الخشب.

4- التعرف على بعض الأجسام باللعب الآلية المصنوعة من الكاوتش اللين الذي يتحرك لأقل لمسة لتسمعنا معنى الصوت الخاص بها مثل العصفورة - البطة الكلب وغيرها من الطيور والحيوانات ويمكننا أن نطلب من الطفل تقليد الصوت بالتقريب.

5- نأتي بمجموعتين من الأجراس ونرتب أحداهما حسب تدرج الصوت في الارتفاع أو الانخفاض ثم يطلب من الطفل ترتيب المجموعة وفق ترتيب المجموعة الأولى.

6- ترتيب الطفل مجموعة الأجراس حسب تدرج الصوت في الارتفاع أو الانخفاض بدون وضع المجموعة الأولى.

7- يأتي بثلاث مجموعات مختلفة من الأجراس تكون أحجامها مناسبة لقوة الصوت ثم يدير الطفل ظهره وتهز أحد الأجراس ثم يطلب من الطفل التعرف على المجموعة التي سمع منها صوت الجرس.

الاستماع والتذوق :

على معلمة الطفل أن تراعي الآتي في التذوق :

1- أن أي وسيلة لإحداث الصوت تجعل الطفل يقرب منها ولذا يجب على الأخصائية أن تجعل الأطفال يتحسسون الآلات مثل البيانو والكمان والريكوردر والجرامافون والمترونوم.

2- أن توضح لهم ما بداخل البيانو وتدعهم يجربونه ويعزفون عليه.

3- أن تحلي حجرة الموسيقى بألعاب متعددة تشبع رغبة الأطفال في اكتشاف الأصوات فأننا نذكر مدى فرح الأطفال حينما يكتشف الصوت الصادر من سقوط الكرة مثلاً على الطبلة وهي تحدث سلسلة من الأصوات والإيقاعات الجذابة.

4- على معلمة الطفل أن تنتقي قطعاً صغيرة جداً مسجلة من كل أنواع الموسيقى ليستمعون إليها أما إذا عزفت المقطوعات فلابد من عزفها بدقة كما ينبغي أن تكون قصيرة وبها مقدمة تصويرية وصياغة التذوق تكون في :

أ- القصص الحركية : فهي منبع خصب للتذوق الموسيقي وهي في هذه المرحلة تعتمد على الخيال الخصب.

ب- رسم الأصابع هام جداً في مرحلة الحضانة وهم عبارة عن متابعة الموسيقى بالحركة الفعلية باليد في الهواء سواء بأطراف الأصابع ولا تكون اليد مسطحة أو الرسم بأصبع واحد أو بأصبعين أو أكثر كذلك من الشدة إلى اللين الذي يوحي بالعزف الثقيل. كل ذلك له نسخة مطابقة في اللغة الموسيقية والأسلوب بينا تعزف المعلمة والطفل مشغولاً في الرسم بالأصابع وتلاحظ التعبير اللاشعوري للحركة فانه لمن المثير أن تشاهد التغير من الحركة متصلة إلى منطقة متقطعة أي العكس وفي كل مرة يسأل الطفل عما يشعر به تجاه الموسيقي من حيث القوة واللين أو الارتفاع والانخفاض أو الفرح والحزن وأحياناً يسأل أيضاً عن اللون الذي يستعمله وقد لاحظنا أنه إذا كان الموسيقى صاخبة فغالباً ما يقول الطفل أسود وعند هدوئها يقول البعض أبيض وبالطبع فأن ترابط الألوان له متعة حيوية.

النقر والحديث الإيقاعي :

أن السمع في هذه الحالة يكون بمثابة الوسيط بين الموسيقى والحاسة الدنيا قليلة المركز في الجهاز العصبي والعضلي عند الأطفال فمثلاً :

1- إيقاع أغنية ما يمكن أن ينقل بطريقة أخرى غير حاسة السمع بواسطة حركات الأيدي أو بواسطة نقرات على كتف أو رأس الطفل والإحساس بهذه الطريقة في الإيقاع يكون أسهل بالنسبة للأطفال قليلي الموهبة الإيقاعية.

2- استغلال أصوات الباند وغيرها في صور خيالية ليتحرك عليها الأطفال كاستعمال علب بها حصا أو رمل لتصور المطر أو احتكاك أوراق بعضها ببعض لتصور البخار أو خفيق الأشجار.

3- تصفيق إيقاعات الأغاني البسيطة السابق حفظها ويتعرف عليها الطفل لتنمية السمع الداخلي لديه.

4- تصفيق الإيقاع من قطاطيع الكلمات بطريقة غير مباشرة وعلى الأخصائية في هذه الحالة أن ترتبط الأشياء المتعددة في البيئة وتستخدمها في حصص التربية الموسيقية كأسماء الأزهار والأطفال وصور الحائط ... الخ.

5- استغلال أدوات البند في الارتجال بطريقة أدرف فهذا يجعل الطفل سعيد إلا به تستطيع أن يغني ويصاحب نفسه. أو العزف على الوحدة للحن جميل أو نشيد محفوظ مع التوزيع البسيط جداً.

العمل الابتكاري :

من واجب معلمة الأطفال أن تستثير قدرة الأطفال على الإبداع والابتكار وذلك يتوقف على انتباههم إلى الحوادث التي تهم الطفل وهذه بعض صور الإبداع أو الابتكار :

1- ترك الأطفال يؤدون حركات تعبيرية شخصية بحرية تامة لتنشيط خيالهم الإبداعي على لحن لمقطوعة موسيقية لها قصة أو موضوع.

2- إتاحة الفرصة للأطفال لمشاهدة أكبر عدد من الآلات ومن ثم مطالبتهم باختراع من ابتكارهم بأبسط الوسائل مثل علب الكبريت والبوص.

3- جعل الأطفال يرتجلون ألحان بالمقطع (لا).

4- تسأل الأخصائية الطفل سؤال في صورة غنائية فيجيب الطفل بالإجابة غنائياً أيضاً:

أ- أن حصص التربية الموسيقية في الروضة تعتمد على طريقة دالكروز.

ب- أن الحصة كلها منوعات ولا يشترط أبداً أن تكون مترابطة بل تكون غير مترابطة.

ونوصي بالآتي :

أ- أن تكون حصة التربية الموسيقية بالنسبة للحضانة يومياً.

ب- أن تخصص في كل روضة حجرة منسقة لا يتسرب إليها صوت من الخارج ومليئة بالآلات والمادة مثل :

1- البيانو والآلات الباند.

2- أجراس وأواني وأكواب وبوص وغاب وأنابيب ذات فقاعات هواء - أصداف بحر.

3- لعبة آلية كالحيوانات والطيور تصدر أصوات.

4- كتل خشبية - عرائس - أرجوازات.

5- حيوانات ناعمة ذات فراء.

6- شموع عيد الميلاد والاسترخاء والآلات من المطاط - عصيان من الخشب - يويو.

7- لعب ميكانيكية للحركة ويستحسن أن تكون واحدة من كل نوع.

8- جرامافون - ريكوردر.

9- صور حائط وقصص مصورة لاستخدامها في وسيلة ايضاح.

جـ- أن تكون المعلمة لها خبرة موسيقية تستطيع أن تطبع الأطفال في كل رغباتهم الفجائية كما ذكرنا من قبل.

والعلاج بالموسيقى يُحسن السلوك الانفعالي والاجتماعي من حيث الموسيقى السارة التي تشرح الصدر. فالموسيقى لها تأثير فسيولوجي في جسم الإنسان وفي التنفيس وتعتبر أقوى الفنون تحريكاً للإنفعالات التي تلازم الإنسان في حبه ومرحه.

فاعلية الموسيقى في العلاج :

موسيقى الاسترخاء :

1. تجلب السرور .
2. تبعد عن المريض الأعراض .
3. تفجر الانفعال .
4. تخفف المخاوف .

5. تنمي إمكانات التعبير عن النفس .

6. تدريب الإحساس بالجمال .

7. تنقله من الإنطواء إلى الانبساط والتفاعل .

8. تزيد التفاعل .

9. تيسر خبرات تؤدي إلى النجاح.

10. تقلل من الإحساس بالإعاقة أو المشكلة.

الموسيقى المثيرة النشطة :

تتكون من السلم الكبير وتكون قوية عالية الطبقة متقطعة وغير منتظمة خالية من الرقابة - تموجاتها سريعة - زمنها سريع متنوعة الآلات - بها مفاجآت المارشات العسكرية - تنشط مرض الاكتئاب

الموسيقى الهادئة :

منخفضة الطبقة يغلب على لحنها التكرار تموجاتها بطيئة - زمنها بطيء - تناسب سرعة التنفس إيقاعها هادئ - لحنها بسيط تعزف على آلة واحدة مثل الفلوت أو الكمان. تستخدم للتهدئة من حالات التهيج.

8- العلاج بالفن :

- عندما يبدأ الطفل في التعرف على بيئته ويحس بما حوله ويتأثر بمعنى الأشياء التي تدور في فلكه ويتفاعل معها يجد دافع قوي للتعبير عن ذلك بمختلف الوسائل.
- يعبث الطفل بكل ما هو موجود في المنزل ويحاول أن يتعرف خصائصه وكل هذا يضايق الكبار ولكنها مصدر عمليات التعلم والنضج واكتساب الخبرة.
- نحت الأطفال يمثل الاستجابة الحية للأطفال نحو التعبير عن مظاهر البيئة وكلما صغر الطفل كانت مدلولاته بعيدة عن التفاصيل أقرب للأشكال الهندسية غير المنتظمة منها إلى الطبيعية. فقطعة الطين إذا صادفت الطفل وصادفت منه اهتمام

فتشكل إلى عمل جيد يعكس كيان الطفل وإدراكه ونضجه الجسمي ومهارته.

- لأن النحت مجسم ويضاهي الأجسام الملموسة في الحياة فهو بالنسبة للطفل أقرب إلى الواقع أكثر من غيره من الوسائل الأخرى كالرسم.
- كلما صغر سن الطفل اتجه إلى الرمزية في النحت ولكن لا يستمد هذا الاتجاه الرمزي الذي لا يتقيد فيه بالواقع ولا بالنسبة أو التفاصيل لأنه يدرك الكون ويستطيع أن يوائم بين الحقيقة الفكرية وبين العالم الواقعي أي ينتقل من عالمه الذاتي إلى الموضوعي.
- أن نحت الأطفال لغة ملموسة يتحدث بها الأطفال عن دنياهم قد تبدأ لغة مبسطة أساها الكرة والاسطوانة والدائرة ولكنها تخفي معالم كثيرة.

رسم الوجوه عند الأطفال :

- أن قسمات الوجه وملامحه من الأشياء التي تثير الأطفال وبخاصة في السن الصغير وهم يرسمون الوجوه بلا تردد وتأتي محملة بالمعاني وتعكس الانفعالات الطاقة داخل الطفل على اعتبار أنه شخص متميز له وظروفه.
- الوجوه التي يرسمها الأطفال لا تكون وليدة الصدفة فاختيار الطفل لها وإبرازها بشكل معين يرتبط بخبرات قد مر بها الطفل وتكون الأشكال قد لعبت دوراً كبيراً في لاشعوره وأثرت دون وعي في حواسه ثم خرجت لنا بهذا الكيان بعد أن ترابطت واتخذت لها ملامح خاصة.
- إن المعلمة ينبغي عليها ألا تعرض صورة لوحة أو تحكي طريقة لتبسط للأطفال أسلوب الرسم فلو فعلت ذلك لما خرجنا من النتائج وهذه الصور العديدة المعبرة.
- رسم الوجوه إذا استغلته المعلمة استغلالاً جيد لاستطاعت أن تترجم الكثير من انفعالات التلاميذ ولا يكون مجرد نقل فوتوغرافي للطبيعة أو تخطيط عشوائي بدون مهارة.
- الأطفال بطبيعتهم يستطيعون بقليل من المهارات أن ينقلوا إلينا معاني كثيرة عن

الشخصيات التي يتأثرون بها وتؤثر فيهم بلغة الفن ينقلون لنا شخصية الساذج والقاصي والضاحك والباكي.

التكرار في رسوم الأطفال :

- التكرار يعني الترديد لرسم عنصر معين بتفاصيله وهيئته العامة دون خروج ظاهر عن الأصل ويظهر هذا التكرار عادة في الموضوعات التي تزدحم بالعناصر أياً كان نوعها وبخاصة الأشخاص.
- إذا اهتم الطفل بالتكرار وازداد هذا الاهتمام فبدأ ظاهره في سلسلة رسومه اعتبر هذا الطفل نمطي إذ أن الطفل يعدد في الشكل الواحد ويلذ له أن يكثر منه حتى تمتلئ به الصفحة فالتلميذ التعددي للموضوعات عادة التي تمتلئ بالعناصر ذات الطبيعة الواحدة. أما التلميذ غير التعددي فقد لا يهتم بالتكرار والزحام بل يركز على بعض العناصر القليلة ويرسمها كبيرة ومتنوعة.
- التكرار عادة له مظهران : لحظي -- ينبع من اللحظة الخاطفة التي توحي للطفل بالتكرار، مستمر.
- التلميذ قليل الذكاء هو الذي يكرر رموزه وعناصره تكرار آلي خالي من الفكر أما التلميذ المبتكر المدقق فأنه يعيش مع كل عنصر على حدة أحياناً يكرر الطفل ولكن يفيد في بعض النسب لبيان أهميتها.
- أن الطفل يبني قاموسه الشكلي مستعيناً بالتكرار وهذا التكرار يثبت معلومات التلميذ ويعطيه الثقة في أنه اكتسب حقيقة المهارات اللازمة ولذلك يعتبر التكرار في الرسم وسيلة من وسائل التعلم.

التحريف في رسوم الأطفال :

❖ التحريف :

اصطلاح في الفن يقصد به المعالجة التعبيرية بالتكبير والحذف والإضافة والتصغير لزيادة إيضاح صفات معينة أو تأكيد على بعض منها.

- التحريف في نظر قاموس المصطلحات الفنية هو أي الابتعاد عن المظهر العادي أو الشكل الموضوعي للأشياء.

- في نظر (توماس مفرد) :- التحريف تأكيد على الأشياء التي تبدو مهمة فالطفل الصغير لا توجد لديه أسباب تدعو لتمثيل المظهر الطبيعي المضبوط لأي جسم.

- في نظر (هربرت ميد) :- التحريف ابتعاد عن المألوف في عالم الطبيعة والأطفال يقوموا بالتحريف في رسومهم بطريقة لاشعورية دون توجيه من المعلمة.

أي أن التحريف ضرورة في كل عمل فني وأن الأطفال يلجأون إلى التحريف بطبيعتهم وبدون إرشاد أو ضغط من الخارج فلتحافظ المعلمة على هذه الحيوية التلقائية وتتذوق ما منحته الطبيعية لهؤلاء الأطفال من قدرة خلاقة ويبعد عنهم كل أنواع القواعد الآلية التي تحد من انطلاقهم ومن حيويتهم وتبعدهم عن أنماطهم وما يميز طفولتهم التلقائية.

التجريد :

- فن الطفولة يتضمن قيم تجريدية رفيعة بعضها يأتي تلقائي مع مرحلة التخطيط من سن 2 - 5.

- وبعضها يقصد إليه الطفل لذات القيم التجريدية حين يحاول أن ينظم من صفحته البيضاء خطوطاً ومساحات وألوان وأشكال.

- والتدريب على هذه الأنظمة التشكيلية إنما يرهف حواس الطفل فهو يعالج خطوطه وأشكاله كما تعالج الموسيقى الأنغام والألحان.

- عندما نشاهد أشكال بللورات قطع سكر النبات، قطعة الرخام .. الخ نشاهد نظام يغاير النظام البصري المألوف الذي تعودنا عليه عند رسم الأشخاص والكائنات الحية هذه المساحة عندما يتفاعل فيها الخطوط والمساحة والألوان يهتز بها الإنسان والقطعة التجريدية الناجحة تهز الداني قبل أن يعني بوجودها وتدعو من بعيد للتأمل في أشكالها وأحجامها وألوانها لما تحمله من ارتباطات فنية محكمة.

- والقدرة على التجريد تتوقف على حساسية الطفل وقدرة المعلمة في تكشف تلك الحساسية وتوجيهها وتنميتها ليزداد إدراك الطفل.

التكوين :

- التكوين ينبثق في رسوم الأطفال بطريقة تلقائية تخدم الموضوع والطفل المبتكر عادة ينوع في تكويناته كلما أثير موضوع جديد.
- كلمة تكوين عادة تعني تأليف العناصر وترتيبها وصياغتها في كل موحد بحيث يعم الصورة نوع من الترابط يوحد الأجزاء والمساحات فلا يسهل أن يرفع منها جزء أو يطمس جزء إلا وأثر في التكوين وجعله أقل قيمة من حالته الأولى.
- وللأطفال عادة منطقهم في التكوين الفني فتكويناتهم تنتظم على شكل صفوف متراصة يمكن أن نضع تحت كل صف خط مستقيم يمثل الأرض التي رصت عليها العناصر وعلى ذلك فتداخل العناصر لتغطيتها لبعضها لبعض مسألة لا نتوقع وجودها في السن الصغير من 12 سنة.
- ويبدو من تحليل رسومهم أن الطفل لا يعبأ بنسب الأشخاص ولا بأحجامها ولا بأوضاعها بعضها بالنسبة لبعض من الوجهة الفوتوغرافية وإنما بصفتها كتكوينات تملأ فراغاً ولنترك حولها فراغ آخر ثم يوزع القوائم والفواتح بناء الصورة تنتظم في اتساق. ويبدو أن التكوين في كل حالة ما هو إلا القدرة على الترتيب أما وضع العناصر في هذا الترتيب فقد تكون رأسية أو مائلة أو مسطحة وكلما كان الطفل حساس درس هذه العلاقات ووزع درجاتها بحيث تبهر العين.

والعلاج بالفن يعتبر مخرج وإنتاج وتعبير غير لفظي بالرسم يهدف إلى طرح الخبرات المؤلمة وتحويل حالة الطفل من الشعور بالإنطواء إلى مشاعر الحب والتعاطف والتوازن ويتيح إظهار محتويات لا شعورية على مستوى الشعور حيث يمكن من خلالها مواجهة الواقع والتعامل معه.

فالطفل يكون لديه خبرات يعجز عن وصفها لفظياً والرسم يعطيه الفرصة للتعبير عن المعاناة.

ويعتبر فرصة لإسقاط الخبرات المكتوبة مثل المخاوف والمشاعر المرفوضة.

كما أنه وسيلة للتنفيس الانفعالي ويقوم مقام الحيل الدفاعية في الإعلاء والتعويض .

ويستطيع الأطفال من خلال الشخبطة والرسوم الحرة رسم المشاعر والعواطف والتعبير عن المشكلات ويتم التحليل لشخصية الطفل في ضوء ما يلي :

فئات الأشكال - النسب - التفاصيل - الحركة التفاعل - نوع الجنس المائل في الرسم - أبعاد وخلفية الرسم - الخطوط المائلة والمستقيمة - التسطيح والخلط والمزج والحذف والإهمال - خط الأرضية والقاعدة - رموز تمثيل الزمان والمكان.

ويخفف الرسم إلى حد كبير الكثير من مشكلات الأطفال.

9- العلاج بالتحليل النفسي :

على الرغم من أن عملية التحليل النفسي تعتبر طريقة علاجية طويلة الأمد إلا أنه من خلالها يتم استكشاف المكبوتات من اللاشعور إلى حيز الشعور، ويقوم الفرد بكبتها لأنها تحمل خبرات مؤلمة وانفعالات عنيفة وصراعات شديدة.

وفي عملية العلاج بالتحليل يتم استخراج المكبوتات عن طريق التعبير اللفظي الحر الطليق ومساعدة الحالة على حلها في ضوء الواقع من خلال الاستبصار وتحسين التفاعل مع الآخرين ومع الذات.

وتشتمل عملية التحليل النفسي على عدة آليات تتوقف على علاقة الطفل بالمعالج ومدى قدرة المعالج على تفسير وتنظيم مشاعر الحالة.

ويشير حامد زهران (2004) إلى أن الجلسة العلاجية يجب ألا تزيد عن 45 دقيقة ويجب اختيار المكان المناسب ويتوقف إقامة العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج على مدى تقبل المعالج للطفل حيث معظم الحالات تفتقد إلى الشعور بالحب وعلى المعالج أن يجيد الإصغاء وأن يكون دوره إيجابي نشط ويشارك بفهم وانتباه ويساعد المريض على الاستقلال الذاتي والعمل الإيجابي وتحمل المسئولية وكل ما يمكن أن يؤدي إلى تحسين العلاقة بين الطفل وبين الآخرين.

ومساعدة الطفل على تذكر الحوادث المؤلمة التي مر بها ومحاولة استرجاع الخبرات غير السارة وإطلاق العنان للطفل ليتحدث بحرية ويلعب دون قيود مع التقليل ما أمكن من المثيرات الخارجية والمثيرات الحشوية (الحاجة إلى الطعام أو الإحساس بالألم).

أنواع الاضطرابات المرضية التي يجدي معها طريقة التحليل النفسي :

نستطيع التعرف على الاضطرابات السلوكية من خلال ملاحظة بعض العلامات التي يمكن تصنيف الأمراض على أساسها وتسمى أعراض أعراضاً .

لذلك يجب ملاحظة الأعراض بدقة ومعرفة العوامل التي أدت إلى حدوثها.

والأعراض قد تكون واضحة يدركها عامة الناس وقد تكون مستترة لا يدركها إلا المتخصصين أو الخبراء.

وقد نحتاج إلى بعض أدوات التشخيص كالاختبارات وقوائم الملاحظة للتعرف على الأمراض في وقت مبكر ومنع تطور الأعراض السلوكية المشكلة إلى أمراض أو مضاعفات أمراض، ويعتبر العرض رد فعل حيوي نفسي عن معاناة الفرد ونحن نميز الأمراض عن طريق الأعراض والمجموعة المتآلفة من الأعراض تسمى زملة أعراض syndromeوتنتج الاضطرابات نتيجة عدم قدرة الفرد على مواجهة المشكلة.

لذلك نعرض فيما يلي بعض الاضطرابات في ضوء زملة الأعراض :

1- اضطرابات الإدراك :

تتعرف عليها في ضوء الإدراك الخاطئ للمثيرات الحسية فيتخيل المريض وجود مثير لا أساس له في الواقع.

وهي تمثل مخرجات لا شعورية تمثل تعزيز للذات أو عقاب للذات أو نقداً للذات.

وتقل هذه الهلاوس عندما ينشغل الفرد بالواقع وتزيد هذه المشاعر عندما يكون الانتباه ضعيفاً.

وهي تتمثل في هلوسات (سمعية أو بصرية - أو شمية أو تذوقية) أي الحس بأشياء لا وجود لها.

كما يتمثل الإدراك الخاطئ لمثير حسي موجود في رغبات مكبوتة وتسمى خداع بصري أو سمعي أو شمي أو لمسي أو حساسية مبالغة (مفرطة) أو حس زائف.

2- اضطرابات التفكير :

وتتمثل في اضطرابات العمليات المرتبطة بالتفكير مثل سيطرة العناصر العقلية على التفكير وعدم تقيدها بالواقع.

أو التفكير الخيالي النابع من الذات فقط دون الواقع أو التعلق غير العادي بفكرة معينة.

وكذلك اضطراب سياق التسلسل المنطقي للأفكار.

3- اضطرابات الذاكرة :

تتمثل في اضطرابات عمليات التسجيل أو الحفظ أو الاستعادة وغيرها يفقد الطفل أو الفرد القدرة على التذكر أو زيادة تذكر تفاصيل دقيقة لا داعي لها.

4- اضطرابات الوعي :

تتمثل في البلادة والنعاس وفقدان المريض لتابع ارتباطات معينة أو علاقات (قبل- بعد أو قلة الوعي بالمثيرات - كذلك عدم الاستقرار بصفة عامة).

5- اضطرابات الإرادة :

تتمثل في التردد وعدم الثقة بالنفس عند طلب المشاركة في أنشطة وعدم الرغبة في المشاركة. أو النشاط الموجه للذات فقط.

6- اضطرابات الانتباه :

أ- قصور وقلة الانتباه : يتمثل في ضعف القدرة على التركيز أو الانتباه.

ب- تحويل الانتباه : تشتيت الانتباه وسرعة تحوله من موضوع إلى آخر والشرود أو الإنشغال بمثيرات أخرى داخلية فيفصل بها عن المثيرات الخارجية.

والأهم في كل ذلك مدة العرض وشدته ومدى تكراره خلال (15) دقيقة للحكم على الإصابة بالاضطراب.

10- العلاج التربوي :

مفهوم العلاج التربوي :

هو عملية تهدف إلى تحسين إمكانات الأطفال ذوي صعوبات التعلم لتنمية إحساسهم بالكفاءة وتحقيق طموحات أسرهم في الوصول للمستوى الأفضل لأبنائهم.

ويستخدم في العلاج التربوي طرقاً خاصاً في التدريس للأطفال تعتمد على الأساليب الفردية المناسبة لكل طفل كحالة متفردة وهي تختلف عن طرق التعلم والتعليم التقليدية لأنها تتقابل مع فردية المتعلم ونواحي القصور لديه ونوعها، وهي في سبيل ذلك تحقق أهداف التعلم في أنساق خاصة بطبيعة الطفل المتعلم من ذوي الاحتياجات الخاصة.

وتعد البرامج الخاصة بتعليم هؤلاء الأطفال في ضوء التشخيص الدقيق الذي تستخدم فيه الاختبارات والملاحظات ويقوم بها مجموعة متخصصة من الأخصائيين المؤهلين للعمل في هذا المجال، لمساعدة الأطفال على عدم الإحساس بالمشكلة أو تخفيف الإحساس بها أثناء عملية الإنجاز الأكاديمي والدراسي.

وتتعاون الأسرة والمدرسة في هذا المجال لتحقيق التكيف الدراسي الأمثل.

وفيما يلي بعض نماذج برامج التعلم لمشكلات اللغة وقصور الانتباه.

أ- البرامج التربوية لعلاج مشكلات اللغة :

1- مشكلة عدم القدرة على نطق الحروف من مخارجها الصحيحة:

ويظهر ذلك في حروف كثيرة، وهي حروف الحلق، والأنف مثل (ع - ح - ق - ك)، (ن - م).

العلاج التربوي:

تعرض المعلمة كلمات مصورة شكل (1) على الأطفال، ثم تقوم بنطق كل كلمة نطقاً صحيحاً مع الضغط على الحرف الملون من الكلمة، وإخراجه من مخارجه الصحيح من أقصى الحلق، ثم يعيد الأطفال نطق هذه الكلمات مرة أخرى، ثم تقوم المعلمة بإعادة نطق الحروف في الكلمات مرة أخرى بشدة وينطقه الأطفال من خلفها، ثم يقوم أحد الأطفال بإعادة نطق الكلمات مرة أخرى وتقدم المعلمة للطفل المميز التدعيم المناسب وتشجع باقي الأطفال على النطق الصحيح.



شكل (1)

2- المشكلة:

- عدم قدرة الطفل على التمييز بين التشابه بين الحروف العربية في رسمها بشكل متقارب وذلك مثل (د - ذ) ، (ح - خ - خ)، (ط - ظ).

النشاط :

أولاً : الأهداف :

1- أن يتعرف الطفل على الكلمات الملونة أسفل الصور.

2- أن يلاحظ الطفل كتابة الحرف الأول من الكلمة.

3- أن ينطق الطفل الحرف الملون نطقاً صحيحاً من مخرجه الصحيح.

4- أن يميز الطفل بين الحروف المتشابهة في النطق والكتابة.

ثانياً : الأدوات :

لوحة ورقية

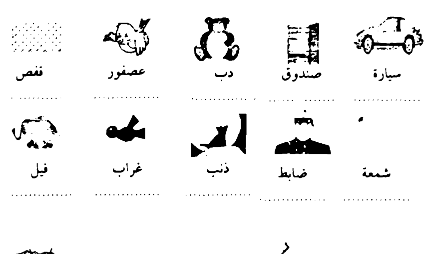
ثالثاً : طريقة التدريس :

تقوم المعلمة بعرض اللوحة على السبورة أمام الأطفال، ثم تقوم بنطق الكلمات بصورة صحيحة أمام الأطفال مكررة ذلك عدة مرات، مع الضغط على نطق الحرف الملون في الكلمة، ثم تشير المعلمة إلى كيفية رسم الحروف المتشابهة من خلال اللوحة، وتركز على إعادة نطقها وإبراز أوجه الاختلاف فيها مثل (0 ، أو كتابتها على السطر أو أسفله ..) ثم يقوم كل طفل بنطق الكلمة الملونة وكتابتها، ثم نطق الحرف الملون مرة أخرى، وأن يميز بينه وبين الحروف الأخرى، ثم تخرج بعض الأطفال لكتابة بعض الحروف على السبورة.

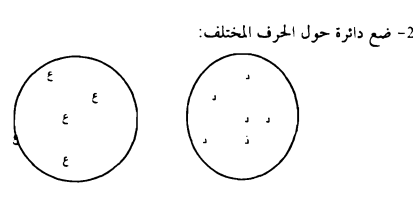


مساً : التقويم :

1- لاحظ النطق وأعد كتابة الحرف الأول:







2- ضع دائرة حول الحرف المختلف:

د
د
د د
د ذ

ع
ع
ع
غ
ع

المشكلة:

ـ عدم القدرة على التمييز بين كتابة الحرف الواحد في بداية ووسط وآخر الكلمة:

النشاط :

"كتابة الحرف في بداية ووسط وآخر الكلمة"

أولاً : الأهداف :

1- أن يتعرف الطفل على شكل رسم الحروف العربية بدقة.

2- أن يلاحظ الطفل تغيير شكل الحرف الواحد بتغير موقعه في الكلمة.

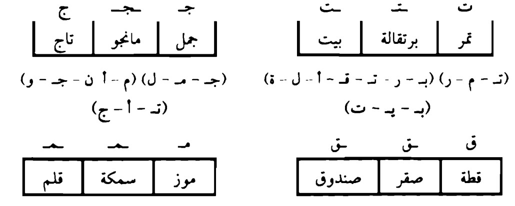
3- أن يخرج الطفل الحروف من مخارجها الصحيحة.

4- أن يكتب الطفل الحرف كتابة صحيحة في بداية ووسط وآخر الكلمة.

ثانياً : الأدوات

لوحة ورقية بها مجموعة من الصورة الملونة بالحروف.

ثالثاً : النشاط



تعرض المعلمة على الأطفال اللوحة الورقية المرسوم بها الحروف الملونة، ثم تقوم بنطق كل كلمة نطقاً واضحاً، ثم تركز على الحروف الملونة في الكلمة عند

النطق مع الإشارة إليه ثم توضح لهم كيفية كتابة الحرف الواحد في بداية، ووسط وآخر الكلمة، مع ذكر الأمثلة.

خامساً : التقويم :

ـ صل بين الحرف، وما يشابهه في الكلمة :

ب	خس
ـب	أب
بـ	برتقالة
خـ	نخلة
ـخـ	ثعلب

المشكلة :

عدم قدرة الطفل على التميز بين أصوات الحروف المتشابهة في النطق، وعدم إعطاءها دلالة لغوية .

النشاط :

اولا : الأهداف

1- أن يتعرف الطفل الكلمات أسفل كل صورة.

2- أن يستمع الطفل جيداً إلى نطق المعلمة للكلمات.

3- أن ينطق الطفل الكلمات والحروف نطقاً صحيحاً.

4- أن يميز الطفل بين أصوات الحروف المتشابهة في النطق.

ثانياً : الأدوات :

- لوحة ورقية بها مجموعة من الصور.

ثالثاً : طريقة التدريس :

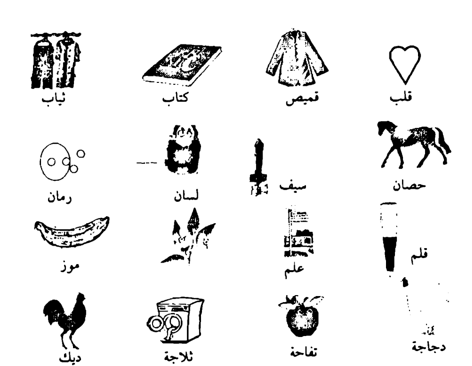
تعرض المعلمة على الأطفال اللوحة الورقية، ثم تشير إلى كل صورة، وتنطق الكلمة أسفلها عدة مرات نطقاً صحيحاً واضحاً، ثم يستمع الأطفال إلى ذلك النطق جيداً، ثم يرددون هذا النطق خلف المعلمة عدة مرات، ثم يردد الطفل أصوات الكلمات في كل صف عدة مرات نطقاً صحيحاً، ثم تقوم المعلمة بتحديد الكلمات التي تبدأ بنفس الصوت وتضع حولها دائرة مميزة، ثم تعيد نطقها مرة أخرى أمام الأطفال.

رابعاً: النشاط :



خامساً : التقويم :

استمع إلى صوت الكلمات في كل صف. ثم ضع خطاً حول الصورة التي تنتهي بنفس الصوت:


قلب
قميص
كتاب
ثياب
حصان
سيف
لسان
رمان
قلم
علم
موز
دجاجة
تفاحة
ثلاجة
ديك

الصعوبة :

عدم قدرة الطفل على تهجي الكلمات بصورة صحيحة، أو بصورة مرتبة.

النشاط :

اولاً : الأهداف :

1- أن يذكر الطفل الحروف التي تتكون منها الكلمات الملونة.
2- أن ينطق الطفل الحروف التي تتكون منها كل كلمة ملونة.
3- أن يحلل الطفل الكلمات الملونة إلى حروفها الأصلية.
4- أن يتهجى الطفل الكلمة الملونة بصورة صحيحة ومرتبة.

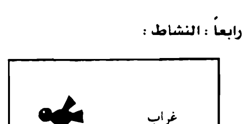
ثانياً : الأدوات :

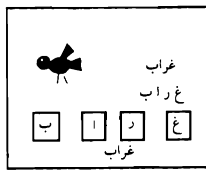
"السبورة المدرسية". لاشيء

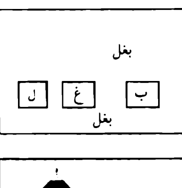
ثالثاً: طريقة التدريس :

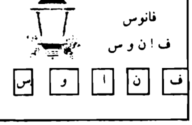
تعرض المعلمة النشاط على السبورة، ثم تقوم بنطق الكلمات الملونة أسفل كل صورة بصوت مرتفع وبصورة صحيحة، ثم تقوم بتحليل كل كلمة أمام الأطفال في المربعات الخاصة بها وتذكر الحروف مرتبة بصورة صحيحة، ثم تقوم بنطق الكلمة مرة واحدة بعد هجاءها، ثم نعيد كتابتها وتذكر عدد حروفها، وتعيد نطقها مرة أخرى بصوت مرتفع، ثم تكرر ذلك مع باقي الكلمات، حتى يستطيع الأطفال تحليل الكلمات، وكتابتها مرة أخرى، ثم يذكرون عدد الحروف التي تكونت منها كل كلمة.

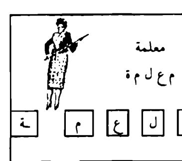
رابعاً : النشاط :





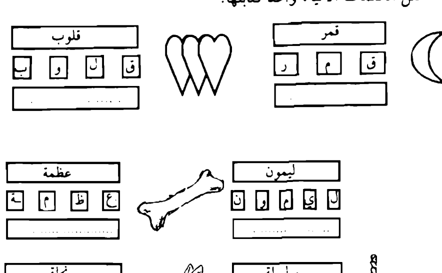




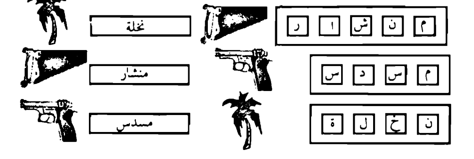


خامساً : التقويم :

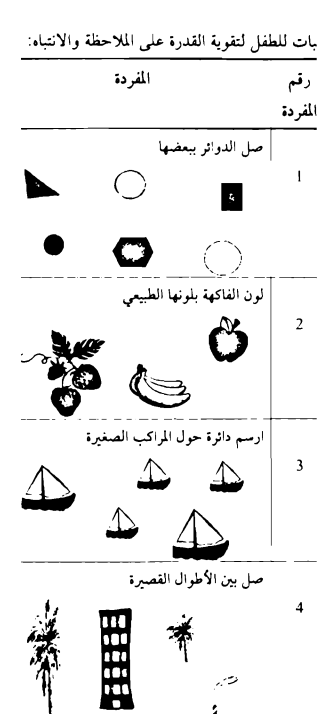
1- حلل الكلمات الآتية، وأعد كتابتها:



2- صل الحروف المحللة بالكلمة المناسبة:

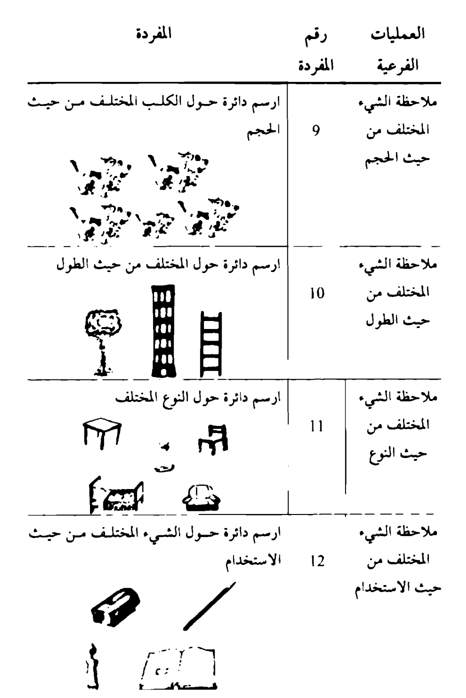


بات للطفل لتقوية القدرة على الملاحظة والانتباه:



رقم المفردة	المفردة
1	صل الدوائر ببعضها
2	لون الفاكهة بلونها الطبيعي
3	ارسم دائرة حول المراكب الصغيرة
4	صل بين الأطوال القصيرة

العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
تابع عملية الملاحظة	ملاحظة نوع الأشياء	5	ارسم دائرة حول الأشياء التي من نفس النوع
	ملاحظة استخدام لأشياء	6	صل بين الشيء واستخدامه
	ملاحظة الشيء المختلف من حيث الشكل	7	ارسم دائرة حول الفستان المختلف
	ملاحظة الشيء المختلف من حيث اللون	8	ارسم دائرة حول الشمسية المختلفة

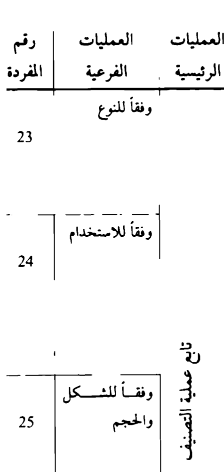


العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
ملاحظة الشيء المختلف من حيث الحجم	9	ارسم دائرة حول الكلب المختلف من حيث الحجم
ملاحظة الشيء المختلف من حيث الطول	10	ارسم دائرة حول المختلف من حيث الطول
ملاحظة الشيء المختلف من حيث النوع	11	ارسم دائرة حول النوع المختلف
ملاحظة الشيء المختلف من حيث الاستخدام	12	ارسم دائرة حول الشيء المختلف من حيث الاستخدام

العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
تابع عملية الملاحظة	ملاحظة الأشياء المتشابهة من حيث الشكل	13	ارسم دائرة حول البنات المتشابهات
	ملاحظة الأشياء ذات الأحجام المتشابهة	14	ارسم دائرة حول الأحجام المتشابهة
	ملاحظة الأشياء ذات الألوان المتشابهة	15	ارسم دائرة حول الأشياء المتشابهة من حيث اللون

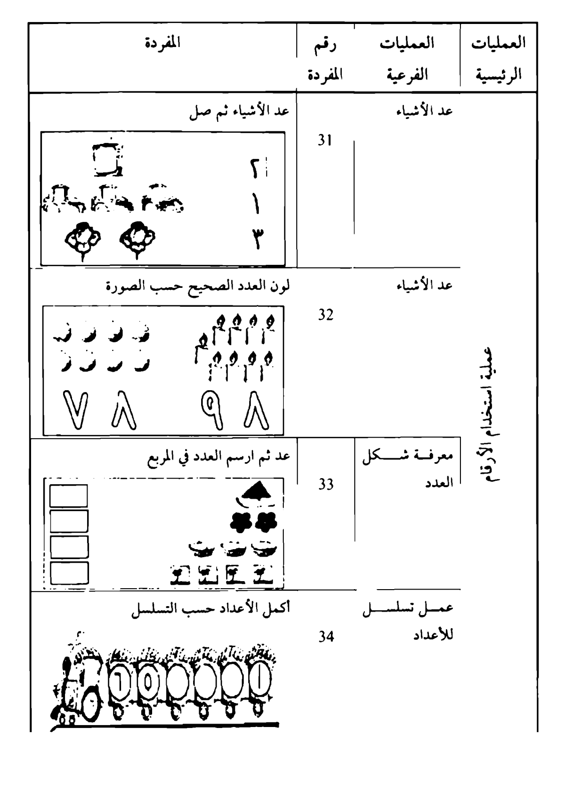
العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
تابع عملية الملاحظة	ملاحظة الأشـياء ذات الطـــــول المتشابهة	16	صل بين الأشياء المتشابهة من حيث الطول
	ملاحظة الأشـياء المتشـابهة مـــن حيث النوع	17	ارسم دائرة حول الأشـياء المتشـابهة مـن حيث النوع
	ملاحظة الأشـياء المتشـابهة مـــن حيث الاستخدام	18	صل بين الأشياء التي لها نفس الاستخدام

العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
عملية التصنيف	وفقاً للشكل	19	ارسم دائرة حول الأشياء المتشابهة
	وفقاً للحجم	20	صل بين الحيوانات الكبيرة وارسم دائرة حول الحيوانات الصغيرة
	وفقاً للون	21	صل بين الأشياء المتشابهة في اللون
	وفقاً للطول	22	صل بين الأشياء الطويلة، وارسم دائرة حول القصيرة



العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقم المفردة
تابع عملية التصنيف	وفقاً للنوع	23
	وفقاً للاستخدام	24
	وفقــاً للشـــكل والحجم	25
	وفقــاً للشـــكل والطول	26

العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
وفقاً للشكل واللون	27	صل بين الأشكال التي لها نفس الشكل واللون
وفقاً للون والحجم	28	صل بين الفراشات التي لها نفس الحجم واللون
وفقاً للطول والطول	29	صل بين الأعلام التي لها نفس اللون والطول
وفقاً للون والنوع	30	صل بين الأشياء التي لها نفس اللون والنوع



العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
عملية استخدام الأرقام	عد الأشياء	31	عد الأشياء ثم صل
	عد الأشياء	32	لون العدد الصحيح حسب الصورة
	معرفة شكل العدد	33	عد ثم ارسم العدد في المربع
	عمل تسلسل للأعداد	34	أكمل الأعداد حسب التسلسل

العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقم المفردة
تابع عملية استخدام الأرقام	الربط بين العـــدد ومدلوله	35
	الربط بين العـــدد ومدلوله	36
	عمـــل تنـــاظر عـــددي بـــين مجموعتـــين متساويتين	37
	تكويـن مجموعـة من عدد	38

العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
تابع عملية استخدام الأرقام	تحديد الكثرة والقلة	39	ضع علامة (✓) على المجموعة الأكثر عدداً
	تساوي المجموعات	40	ارسم كرات حتى يجد كل أرنب كرة
	ترتيب العدد	41	صل الأرقام بالترتيب
	ترتيب العدد	42	صل الأعداد من 1 حتى تصل إلى 10

العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
تقدير حجم الأشياء	43	ارسم دائرة حول أكبر سمكة
تقدير حجم الأشياء	44	ارسم دائرة حول أصغر قرد
تقدير طول الأشياء	45	ارسم دائرة حول أطول صاروخ
تقدير طول الأشياء	46	ارسم دائرة حول أقصر لاسيلكي

العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
تقديـــــــر وزن الأشياء	47	ضع علامة (✓) على أثقل الأشياء الموجودة
تقدير علاقة أثقل من/أخف من	48	صل كل شيء بمكانه المناسب على الميزان
تقدير علاقة أكبر من / أصغر من	49	ضع علامة (✓) على السرير المناسب للطفل
ترتيب الأحجام	50	رقم الكور من الحجم الصغير إلى الكبير

العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقم المفردة
تابع عملية القياس	تقدير علاقة أطول من / اقصر من	51
	ترتيب الأطوال	52
	تقدير علاقة ضيق/ عريض	53
	تقدير علاقة نحيف/ سميك	54

العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
علاقـــــــــة أعلى/ أسفل	55	ارسم دائرة حول القطة التي أعلى المنضدة
علاقـــــــــة قريب/ بعيد	56	لون الجمل القريب من الأهرامات
علاقـــــــــة أمام/ خلف	57	ارسم دائرة حول ما يوجد أمام العمارة
علاقـــــــــة خارج/ داخل	58	ارسم دائرة حول ما يوجد خارج القفص

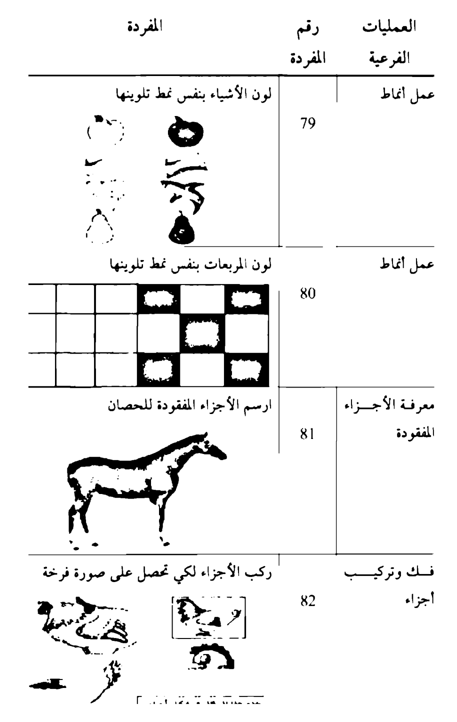
العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية
تابع عملية استخدام العلاقات المكانية	بجانب
	علاقة مغلق/ مفتوح
	بين
	حول

العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
تابع عملية استخدام العلاقات المكانية	علاقة فارغ/ ممتلئ	62	ضع علامة (✓) على الصندوق الفارغ
	تحديد اتجاهي اليمين واليسار	64	لون اللاعبين الموجودين في الجهة اليمنى
عملية استخدام العلاقات الزمانية	علاقة قبل/ بعد	65	ارسم دائرة حول الصورة التي تحدث قبل الأخرى
	ترتيب زمني للحدث قصير المدى	66	رتب مراحل نمو الوردة

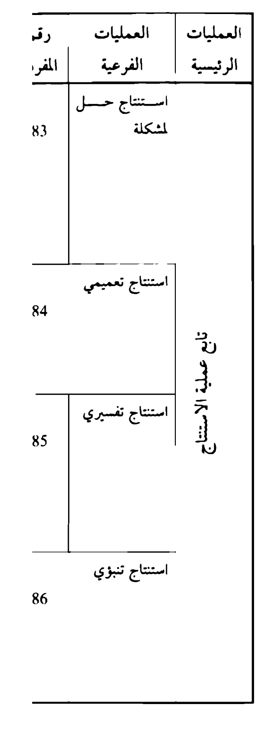
العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقـ المفر
تابع عملية استخدام العلاقات الزمانية	ترتيب زمني للحدث طويل المدى	67
	ترتيب أحداث قصة	68
	تحديد الليل والنهار	69
	تحديد الصيف والشتاء	70

العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
تحديد الربيع والخريف	71	ضع علامة (✓) على الصورة التي تعبر عن فصل الخريف
التعبير عن زمن الحدث	72	ما زمن حدوث كل صورة
التميز بين زمن الإجازة الصيفية والدراسة	73	ارسم دائرة حول الصورة التي تعبر عن الإجازة الصيفية
التميز بين الزمن قديماً وحديثاً	74	ارسم دائرة خول السفينة المستخدمة قديماً

العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية
تابع استخدام العلاقات الزمانية	التمييز بين الز قديماً وحديثاً
	التمييز بين الز قديماً وحديثاً
عملية الاستنتاج	تتبع متاهة
	استنتاج علاقة



العمليات الفرعية	رقم المفردة	المفردة
عمل أنماط	79	لون الأشياء بنفس نمط تلوينها
عمل أنماط	80	لون المربعات بنفس نمط تلوينها
معرفة الأجزاء المفقودة	81	ارسم الأجزاء المفقودة للحصان
فك وتركيب أجزاء	82	ركب الأجزاء لكي تحصل على صورة فرخة



العمليات الرئيسية	العمليات الفرعية	رقـ المفر
تابع عملية الاستنتاج	استنتاج حل المشكلة	83
	استنتاج تعميمي	84
	استنتاج تفسيري	85
	استنتاج تنبؤي	86

المراجع العربية

- أحمد عبد الرحمن عثمان (1995): الخجل وعلاقته بتقدير الذات عند الأطفال - مجلة كلية التربية - جامعة الزقازيق، 24، جـ1 سبتمبر .
- أمين أنور الخولي وأسامة راتب (1998): التربية الحركية للطفل ط5 دار الفكر العربي - القاهرة
- المجلة العربية للتربية (2005): مشكلات الأطفال المعوقين داخل الأسرة - المنظمة العربية للعلوم والثقافة - تونس - المجلد 25 .
- الفرجاني السيد محمود (2005): سيكولوجية تحصين الأطفال ضد العجز المتعلم، دار السحاب، النزهة الجديدة، القاهرة .
- جميل الصمادي (2003): تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة الكويت - منشورات الجامعة العربية المفتوحة
- حامد عبد السلام زهران (2005) علم نفس النمو، عالم الكتب، القاهرة
- حامد زهران (2000): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
- حامد عبد العزيز العبد (1990) نماذج لدراسات نفسية إسلامية، المؤتمر الدولي للطفولة في الإسلام، جامعة الأزهر، القاهرة .
- زكريا الشربيني (2005): طفل خاص، دار الفكر، القاهرة
- زكريا الشربيني ويسريه صادق (2003): تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته دار الفكر العربي، القاهرة .
- سامي ملحم (2002): مشكلات طفل الروضة، دار الفكر للطباعة والنشر الأردن، عمان .
- ستيقلي غرينسيان وآخرون (2004): بناء العقول السليمة، مكتبة العبيدكان، الرياض، السعودية
- سماح خالد زهران (2005): علاقة التجاذب بين الأفراد بدرجة مرونة الفرد في تجاوز الأزمات، مجلد المؤتمر الإقليمي الثاني، الطفل العربي: الذات والفاعلية في مجتمع متغير. قسم تربية الطفل بكلية البنات جامعة عين شمس، القاهرة .
- سناء سليمان (2005): مشكلة العناد، الخوف - سلسلة ثقافة سيكلوجية للجميع، عالم الكتب، القاهرة .
- سهام الصويغ ومنيرة القنيبط (1999): الدخول إلي المدرسة، مجلة خطوة (العدد السابع، 8 يونيه، المجلس العربي للطفولة والتنمية، القاهرة .

- سهام الصويغ (2004): التنشئة الاجتماعية للطفل العربي، مجلة الطفولة، والتنمية، المجلس العربي للطفولة والتنمية، العدد 12 مجلد 4 .
- صديق على يوسف (1995): دراسة تجريبية لخفض العدوانية لدى الأطفال باستخدام برنامج مقترح للتربية الحركية حولية - كلية البنات جامعة عين شمس العدد20 .
- صلاح الدين عبد القادر (1987): مدي فاعلية العلاج بالتشكيل في علاج المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال، ماجستير . جامعة الزقازيق .
- عبد المجيد نشواني (1980): مشكلات الأطفال، مترجم عن مارتن هربرت الرياض، السعودية، مركز الدراسات الجامعية بعليشه .
- عبد الرحمن العسيوي (2001) سيكولوجية الإنحراف والجنوح والجريمة دار الراتب الجامعية - الإسكندرية .
- عزة جلال الدين (2004): قوة الفنون - استراتيجيات إبداعية في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة . مترجم (عالم الكتب - القاهرة) .
- عثمان لبيب فراج (1999): إعاقات التعلم مجلة خطوة . المجلس العربي للطفولة والتنمية، القاهرة.
- علا عبد العزيز عويس (2005): فاعلية برنامج إرشادي حركي من تخفيف سلوك العنف، رسالة ماجستير - بنات عين شمس .
- فاروق الروسان (2001): سيكلوجية الأطفال غير العاديين عمان الأردن، دار الفكر للنشر والتوزيع .
- كمال الدين حسين (2002): توظيف المسرح في تعديل السلوك، كلية رياض الأطفال جامعة القاهرة .
- كريمان بدير (2001): دراسة للسلوك قبل الإنحراف، مجلة علم النفس المعاصر مجلد 2 الجزء الثاني - مركز البحوث النفسية - القاهرة .
- كريمان بدير (2005): الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة - عالم الكتب - القاهرة.
- كريمان بدير (2006): تقويم نمو الطفل، مكتبة دار الفكر - الأردن - عمان .
- كريمان بدير (2005): القياس النفسي للأطفال: مترجم - عالم الكتب - القاهرة.
- كريمان بدير (2005): الرعاية المتكاملة للأطفال، عالم الكتب، القاهرة .
- كريمان بدير (2004): رعاية الطفل من الجنين حتى عامين، عالم الكتب، القاهرة.
- كمال درويش ومحمد الحماحمي (2003): فاعلية الترويح الرياضي في تخفيف المشكلات كلية التربية الرياضية بنين جامعة حلوان القاهرة

- كوثر إبراهيم رزق (2002): القلق الاجتماعي، المؤتمر العلمي الخامس لكلية التربية - جامعة طنطا .
- لورانس شابيرو - ف (2004): كيف تنشئ طفلاً يتمتع بذكاء عاطفي، مكتبة جديدة، الرياض - المملكة العربية السعودية .
- ماري بوليس - لينش (2005): حديث الأولاد، كيف تساعد ابنك على التعبير عن مشاعره - مكتبة جديدة - السعودية .
- محمد جميل يوسف منصور (1989): المشكلات السلوكية لدى الأطفال مجلة كلية التربية جامعة الملك عبد العزيز - عدد 4 .
- محمد عبد المؤمن (1986): مشكلات الطفل النفسية، دار الفكر الجامعي، القاهرة.
- محمد عبد العال الشيخ (2002): فاعلية القلق الواقعي في علاج بعض المشكلات السلوكية، المؤتمر العلمي الخامس بكلية التربية طنطا .
- منال هنيدي وعواطف إبراهيم (2006): الأطفال ذوي الإعاقات البصرية، دار الفكر العربي، القاهرة .
- نانسي نبيل فهمي حنا (2005): فاعلية برنامج ترويحي في علاج بعض المشكلات السلوكية لطفل الروضة، رسالة ماجستير كلية البنات جامعة عين شمس .
- وفاء عبد الجواد، عزة خليل (1999): فاعلية برنامج لخفض السلوك العدواني باستخدام اللعب لدى المعاقين سمعياً، الهيئة العامة للكتاب، العدد (50) .

المراجع الأجنبية

- Bella Sheper: Theatre as commanty therapy (article). From **Dramatherapy, theory & practice 2,** Edit: By, Sue Jennings. Rout ledge publ. London 1994.
- Brend meldnim: The theatre processin drama therapy (article) from, Process in the arts therapy, edit by: Ann cottonach, Jessciakingsly pub, London 1999.
- Bourdieu Pierre PASERON Jean de la reproduction. Paris, ed de: Claude Minuit, 1970.
- Dorthy Langley: The relation between psychodrama & Drama Therapy (article) from, The hand book of psychodrama, Edit by: Morcia karp & others, Rautledg. Pub. London 1998.
- Essays on: KOHLBERG Lawrence moral development, Harper and Row, San Francisco, 1982

- Eduquer le Citoyen, CANIVEZ Patrice: Armand Colin, 1995.
- Glasser, W. (1965): Reality therapy a new approach to psychiatry, william Haper. N ew york
- Howes & Stewart, 1987: The Bronson social and task skills profile (Bronsen, 1985) Howes peer play scale for childun 1 -5 yeas (Howersk Matheson, 1992) Howes adult scale for children less that 5 years old.
- Jensen C. (1973): School with out frauture in Madison Wisconsin a case study. Eric document Reproduction service. (vo. Ed 079818).
- Karen L. bierman: Social competence, Gale Encyclopedia of psgchology, 2nd ed, 2001.
- NOHRA Fouad: L'education morale, au-dela de la citoyennete, Paris, L'harmattan, 2004.
- Le jugement moral: (3) PIAGET Jean chez l'enfant, Paris,Presses Universitaires de France
- Pascal, cand Bertran, A.D (1994): Evaluating the quality of play, in. Moyles the excellence of play. London.
- Rubin, Judith Aron (2001): Approaches to art rherapy: theory and technique (2 nd). Navyok Ny, Us Bremer, Routledge PP. 241-253.
- Sally, L. Smithe (2001): The power as the arts paulh prookes publishing co. londom.
- Samoel J. Mi Sels, sally atkins and Bor nett Julie Nicholson (1996): Assessment as social competence, Adaptive Behaviors and approaches to learning with he as any children, the university as Michigan.
- Steve Mitchell, Dramatherapy, clinical studies Jessicakingsly pub, London 1996.
- Stopa, L. and clark (1993) cognitive processes in sacial phobia .. vol31, p255-261.
- Sullo.R (1989): Using control therafy in earhy chide hood education, journal of reality therapy vol 8) 2) sp.
- Zeidner, M (1994): Personal and contesctual determinants of coping and auxiety in an evaluative situation. Vol 16, P. 899 – 9181.

طفل الروضة

وأساليب معالجتها






ISBN 9957-06-326-X
9789957063269